SEÑORA PRESIDENTA.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 16 y 2 minutos.)

-La Comisión de Presupuesto integrada con la de Hacienda de la Cámara de Senadores continúa con el tratamiento del proyecto de ley de Presupuesto Nacional. En el día de hoy estamos recibiendo a la delegación del Ministerio de Salud Pública, encabezada por el señor Ministro del ramo, economista Daniel Olesker, que ha concurrido a los efectos de hacer la presentación correspondiente al Inciso 12, "Ministerio de Salud Pública".

SEÑOR MINISTRO.- Ante todo, buenas tardes a los señores integrantes de la Comisión, a quienes agradecemos nos hayan recibido.

En primer lugar, debemos aclarar que esta es la primera oportunidad en que el Inciso 12, "Ministerio de Salud Pública", presenta un presupuesto separado del Inciso 29, "Administración de los Servicios de Salud del Estado". Por tanto, este presupuesto está asociado al papel regulatorio que la Ley Nº 18.211 dio al Ministerio, separándolo de ASSE.

En este sentido, dicho proyecto está conformado por un conjunto de normas regulatorias que pretenden fortalecer la capacidad de fiscalización y de incidencia en el sistema. En particular, el primer artículo refiere al manejo de los sistemas de información de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, o sea, la información que estas deben aportar al sistema. Además, corrige el problema que se le generaba al Ministerio en el caso de las instituciones que no cobran cápitas para el FONASA, porque no tenía manera de aplicar sanciones si la información que entregaban no era correcta o no lo hacían en tiempo y forma. Ahora mantiene el nivel de información, lo amplía a Recursos Humanos -esto no entraba dentro de las obligaciones establecidas por el Decreto Ley Nº 15.181, que había creado el Sistema Nacional de Información- y, al mismo tiempo, incorpora un marco sancionatorio para las instituciones que no cobran FONASA y que, por lo tanto, están obligadas a enviar información.

Por otra parte, cabe decir que el proyecto de ley de Presupuesto plantea cambios en la dotación de recursos humanos. En ese sentido, el Ministerio de Salud Pública ha fijado dos prioridades en materia regulatoria y en el papel que desempeña. Una de ellas, es la creación de la Unidad de Descentralización para fortalecer su presencia en el interior del país a partir de sus Direcciones Departamentales de Salud, que creó la Ley de Presupuesto en el período pasado. La otra, tiene que ver con la creación del Área Programática, en el entendido de que en esta segunda etapa de la Reforma de la Salud se da prioridad al desarrollo de Programas de: Salud Rural, Mental, Niñez, Adolescencia y Mujer. Estos son los cinco programas prioritarios en los que se marcan recursos y son áreas en las que ASSE -como se verá en la presentación de sus representantes a las 17.30 en su comparecencia ante esta Comisión- solicita recursos para ejecutar las políticas sanitarias del Ministerio de Salud Pública.

Por otra parte, en términos de combinar regulación y recursos humanos, se subsana un problema que había generado la Ley Nº 18.211, que creó el Seguro Nacional de Salud y la Junta Nacional de Salud. Como se recordará, este es un organismo que funciona con cargos honorarios y sin estructura de funcionamiento, lo que le quita sostén técnico para desarrollar una labor tan relevante como es el contralor de los prestadores de salud. A esos efectos, se crea una unidad ejecutora denominada "Sistema Nacional Integrado de Salud", que le aporta el sostén técnico a la JUNASA. Simplemente, se crea la unidad ejecutora y el cargo de Director General. Toda su estructura surge de otros lugares del Ministerio que hasta ahora ya estaban trabajando, como por ejemplo Economía de la Salud, Recursos Humanos y Metas Asistenciales. Quiere decir que las divisiones que estaban desperdigadas en el Ministerio trabajando para la Junta Nacional de Salud, ahora se concentran en una única unidad ejecutora que se llama "Sistema Nacional Integrado de Salud". Esto quita a la DIGESA una buena parte de sus funciones y la concentra en su cometido principal, que es el de policía sanitaria, fiscalización y regulación de las políticas públicas de salud.

Además, se crean dos cargos de conducción para esas dos unidades prioritarias, es decir, la de Descentralización y el Departamento Programático. Aclaro que no son nuevos, sino que se transforman dos que ya existían en el Ministerio en cargos de confianza para dirigir como Coordinador

General de la Unidad de Descentralización y Director de Programación Estratégica de Salud, respectivamente.

En síntesis, el Inciso 12 “Ministerio de Salud Pública” reordena sus funciones a partir de su separación de ASSE y, entonces, prioriza las áreas de Fiscalización, de Descentralización y de Programas de Salud y crea esa nueva unidad ejecutora para tener tres pilares en su papel regulatorio, que son: Programación, Fiscalización y Junta Nacional de Salud. Además, fortalece su capacidad de solicitar información al sistema en su conjunto y no solo a los prestadores integrales, como sucedía hasta ahora con el Decreto Ley Nº 15.181.

Si bien lo veremos cuando pasemos a referir a cada uno de los artículos, quiero agregar que en un análisis que realizamos con el señor Ministro de Trabajo y Seguridad Social, Eduardo Brenta, resolvimos pedir que el artículo 555 -que crea el Instituto de Salud del Trabajador en la unidad ejecutora 103 “Dirección General de la Salud”- sea quitado del proyecto de ley de Presupuesto e incorporado en una discusión posterior que daremos entre el Departamento de Salud Ocupacional del Ministerio de Salud Pública y la Inspección de Trabajo para confluir en un Instituto de Salud del Trabajador con características mucho más definidas de lo meramente enunciado en ese artículo.

SEÑORA PRESIDENTA.- El señor Ministro solicita que se elimine dicho artículo.

Vamos a comenzar a considerar cada uno de los artículos.

SEÑOR AMORÍN.- Pienso que sería bueno que luego de esta pequeña introducción, el señor Ministro nos trasmitiera cuál es su impresión sobre las Cajas de Auxilio.

SEÑORA PRESIDENTA.- Perdón, señor Senador, pero no corresponde que tratemos este tema porque no está incluido en la temática que estamos planteando.

SEÑOR AMORÍN.- Así es, señora Presidenta, pero mi preocupación se debe a que el plazo para su incorporación se vence el 31 de diciembre o comienza el 1º de enero.

SEÑOR PRESIDENTA.- Estoy de acuerdo, señor Senador, pero estamos discutiendo el proyecto de Presupuesto.

SEÑOR AMORÍN.- Solicito que en dos minutos se informe acerca de cuál es la situación.

SEÑOR MINISTRO.- Estamos discutiendo un proyecto que combina lo que para nosotros es un principio fundamental: me refiero al respeto del artículo 69, relativo a la gradualidad del ingreso al FONASA. En ese sentido, hemos encontrado un punto de claridad con el SMU y, en consecuencia, se firmó en el Consejo de Salarios y en la mesa representativa del PIT-CNT una declaración de apoyo, que fue remitida hace una semana. Se está discutiendo el *timing* de la gradualidad -por decirlo de alguna manera- porque creemos que con ese proyecto podríamos avanzar en la solución del problema, combinando el ingreso con el proceso de las prestaciones complementarias.

SEÑORA PRESIDENTA.- Pasamos a considerar los artículos 530 y 531.

SEÑOR MINISTRO.- Los artículos 530 y 531, tal como mencioné en la introducción, hacen referencia a la solicitud de información. Allí hay dos componentes; por un lado, en el artículo 530 se vuelve a plantear lo que ya estaba incluido en el Decreto Ley Nº 15.181 acerca de la información del SINADI y, por el otro, se agrega el tema de recursos humanos. Esto ha representado un problema importante para el Ministerio. Cuando asistimos al Senado en régimen de Comisión General se nos preguntó qué información teníamos, por ejemplo, sobre la dotación de anestesistas en el sistema privado. Respondimos que este artículo, al hacer obligatoria la información sobre recursos humanos -acerca del nivel, la cantidad y la calidad- nos iba a permitir tener datos con los que también hoy contamos en parte, mediante un sistema llamado SCARCH, que es voluntario. Es decir que la solución también es voluntaria: pueden decidir si envían o no los datos, lo que puede crear algunos vacíos.

Otro aspecto se refiere a la información referida a las cuentas nacionales que incorporan muchos prestadores de salud como los municipales, sanidad militar, sanidad policial, seguros privados, farmacias y consultorios privados, que al no tener la obligación, subestiman en gran medida el gasto en salud de las cuentas nacionales. Estamos hablando de que el gasto no FONASA y no ASSE -por decirlo de alguna manera- es casi el 20% del gasto total y, por lo tanto, eso subestimaba el gasto que teníamos. O sea que al hacerlo extensivo a todo el sistema nos va a permitir contar con la información completa.

Como decía al comienzo, aquellas instituciones que cuentan con cápita FONASA y que no entregan la información, tienen como contrapartida que no reciben el certificado que les permite cobrar por ese concepto; aquellas que no cobran cápita FONASA -por ejemplo, la Emergencia Médica Móvil que le vende servicios a particulares- son pasibles de multas.

La combinación de los artículos 530 y 531 nos permite dar más globalidad a la información, con carácter obligatorio y con una visión más amplia sobre el sistema. Esta es la gran clave de la eficiencia de un órgano regulador.

SEÑOR ABREU.- Aquí estamos frente a un sistema de información que se vincula con el otorgamiento de un certificado que acredita el cumplimiento, lo que posibilita que la institución reciba lo que le corresponde en el sistema. Ahora bien; este es un tema muy importante porque, en realidad, el Ministerio o la autoridad, tiene la discrecionalidad de otorgar o no el dinero, en función de cómo entiende que ha sido cumplida la información que se requiere. Aquí se establece -seguramente, para una futura reglamentación- que se deberá dar información sobre los datos asistenciales, así como sobre aquellos que establezca dicha Secretaría de Estado, incluida la relativa a Cuentas Nacionales. Asimismo, se dice que la referida información será aportada en las condiciones que se establezca. Quiere decir que se establecen las sanciones, el condicionamiento, y los requerimientos que va a tener cada institución en el futuro y quedarán a discrecionalidad del Ministerio, sin saber claramente, las instituciones involucradas, qué tipo de información puede manejarse o si es taxativa o no. Da la sensación de que el requerimiento de esa información es enunciativa y de carácter general, y después quedan pendientes las condiciones que se establezcan, que no sabemos si son plazos o algunos aspectos más específicos respecto de los requerimientos del Ministerio. Hago esta pregunta porque estamos hablando del condicionamiento de un certificado, vinculado, nada menos, que al pago a la institución de lo que le corresponda.

SEÑOR MINISTRO.- Hay dos elementos distintos: las condiciones y el conjunto de la información. Respecto al primer punto, nos estamos refiriendo a las condiciones formales de presentación, sobre todo, en el tema de los sistemas de información compatibles con la información general. En cambio, cuando se dice "La referida información será aportada en las condiciones que se establezca", estamos previendo la dinámica de los acontecimientos. Por ejemplo, nosotros hubiéramos tenido mejor capacidad de resolución sobre el Hospital Italiano si hubiéramos contado, en su momento, con información -de la que no disponíamos porque no era una IAMC- y con detalles de su pasivo. Hay un tema importante en las instituciones, que tiene que ver con las cesiones de derechos de cuota. A veces, el FONASA paga cuotas y las instituciones las ceden; si la cesión supera cierto monto, peligra la viabilidad cuando dicha cesión termina absorbiendo todo el ingreso. En realidad, paradójicamente, la apertura es para no cerrarnos a poner taxativamente toda la información que, en principio, imaginamos que recibiríamos.

SEÑOR AMORÍN.- En la misma línea que el señor Senador Abreu quiero decir que aquí estamos dando algunas potestades al Ministerio, lo que me parece razonable; seguramente, son elementos que el Ministerio necesita y, en principio, estaríamos en condiciones de votar esta disposición. También estamos pensando en las garantías para los administrados, en este caso, las IAM. En ese sentido, me parece que hay elementos que quizás están de más. Por ejemplo, se dice que deberán presentar ante el Sistema Nacional de Información tal cosa y tal otra, así como aquellos que establezca dicha Secretaría de Estado. Me parece que sería mejor que fuera taxativa y que se dijera todo lo que se quiere pedir, pero no dejar al arbitrio de la Administración el solicitar lo que se le antoje. Sé que no lo va a hacer el señor Ministro -a quien conocemos muy bien- pero como uno no es eterno en el cargo y como estas leyes quizás duren mucho tiempo, me parece que sería mejor que la enumeración fuera taxativa.

Hay otro tema que también me parece importante, y es el referido a la retención del certificado respectivo, que puede causar muchísimo daño. Hemos recibido a varias personas que nos

han dado diversa información. Una de ellas, con respecto a este tema, nos planteó el siguiente cambio de redacción. Donde dice: "Para el caso de constatarse un error en los datos informados", debería expresar: "Para el caso de constatarse un error en los datos informados, determinado por acto administrativo firme". Es decir que cuando hay un error se hace el traslado a la IAM para que se pueda discutir y si hay acto administrativo firme, que recién ahí se sancione.

SEÑOR MINISTRO.- En realidad, al final del artículo, dice: "Las sanciones previstas en el presente artículo se aplicarán por medio de resolución administrativa firme". De todas maneras, es verdad lo que dice el señor Senador Amorín, en el sentido de que quizás debería agregarse la expresión "determinado por acto administrativo firme" en el error y en la sanción. El error genera la sanción, por lo tanto, es lo mismo, pero si da mayor certeza que esté en los dos casos, no tenemos inconveniente en agregarlo.

SEÑOR AMORÍN.- Gracias, señor Ministro.

SEÑOR MINISTRO.- Con respecto a la otra observación realizada por el señor Senador, consideramos que no es ilógica, pero hoy no estamos en condiciones de tener una taxatividad que nos permita hacerlo. Obviamente, vamos a pedir información relativa a su actividad económica y financiera vinculada a la salud; y si con las utilidades compran acciones, tenemos que pedírselas porque eso estaría actuando sobre la tasa de retorno. No le vamos a pedir las actas de los Directorios, lo que pedimos tiene que ver con cosas de la salud, en términos amplios, y a la viabilidad de la institución. Hacerlo taxativo nos resulta difícil y limitante. De hecho, en el período anterior no se incluyó lo de los derechos humanos y terminó siendo una limitación que, como todos sabemos, en la salud es relevante porque ocupa más de la mitad del costo.

SEÑOR AMORÍN.- Quiero decir al señor Ministro que personalmente busco el equilibrio entre las posibilidades de la Administración -que se las queremos dar para que puedan actuar de la mejor manera posible- y las garantías del administrado. Y, con total franqueza, nos da la impresión de que, en este caso, las garantías para el administrado no están brindadas del todo. El administrado tiene que saber qué le puede pedir el Ministerio, porque si la redacción fuera "y todo lo demás que quiera el Ministerio", complicamos al administrado. Entonces, me parece que en ese balance habría que hacer un esfuerzo.

SEÑOR MINISTRO.- Lo haremos.

SEÑORA PRESIDENTA.- Aprovecho la oportunidad para decirle al señor Ministro que tenemos una metodología de trabajo que ha dado bastante orden: cuando el Ministerio entiende que tiene un sustitutivo, acepta una idea de la Comisión, o luego de terminada la reunión cree que tiene algo para agregar, nos envía la nueva redacción lo antes posible.

SEÑOR MINISTRO.- El artículo 532 vincula al Ministerio de Salud Pública con el Centro Uruguayo de Imagenología Molecular -CUDIM- que utilizará equipos de tecnología PET. Cuando se creó la ley -seguramente porque se trataba de un fenómeno muy importante para la vida del país que implicaba un cambio sustancial y, al mismo tiempo, se había generado una gran discusión sobre su carácter público o privado, optándose finalmente por la persona pública no estatal- se otorgó al Ministerio de Salud Pública potestades demasiado grandes, por ejemplo, en materia licitatoria, respecto a esta persona pública no estatal. Básicamente, este artículo respeta en mayor grado el carácter autónomo de la persona pública no estatal sin perder los controles que el Ministerio tiene sobre cualquier persona pública no estatal que dependa de él.

El artículo 533 refiere a las Comisiones Honorarias de Administración y Ejecución del Proyecto del Plan Nacional de Inversiones -más conocidas como Comisiones de Obras de ASSE- cuyas designaciones eran realizadas por el Poder Ejecutivo. A efectos de agilitar este mecanismo, se propone trasladar al Directorio de ASSE la responsabilidad de la designación de las Comisiones de Obras de las respectivas Unidades Ejecutoras.

SEÑOR ABREU.- Si no me equivoco, la naturaleza jurídica del Centro Uruguayo de Imagenología Molecular es de persona pública no estatal. Al parecer, existe un procedimiento específico sobre los recursos administrativos; inclusive, hay cierta limitación en cuanto a que el recurso pueda ser exclusivamente en términos de legalidad frente al Tribunal de Apelaciones en lo Civil. Asimismo,

considero que hay un exceso de expresión jurídica en el tema cuando el artículo 532 hace referencia a “el titular de un derecho subjetivo o de un interés directo, personal y legítimo, violado o lesionado por la resolución impugnada.”

No sé si es normal que un recurso de legalidad de una persona pública no estatal vaya al Tribunal de lo Contencioso Administrativo en vez de ir al Tribunal de Apelaciones en lo Civil porque -si no me equivoco- en realidad, es un tema de Derecho Administrativo vinculado al artículo 317. Los casos de legalidad son especialidad del Tribunal de lo Contencioso Administrativo y no de un Tribunal de Apelaciones en lo Civil -como es este caso- que está más en el ámbito del Derecho Privado que del Derecho Público.

SEÑOR MARTÍNEZ (Julio).- El artículo en cuestión consagra un régimen recursivo que no estaba previsto en la Ley Nº 18.172 de creación del CUDIM, tomando como antecedentes los regímenes recursivos existentes para otras personas públicas no estatales. De todas formas, vamos a revisar el argumento que dio el señor Senador Abreu, así como también los artículos anteriores. Si entendiéramos que corresponde, enviaremos una nueva redacción para ellos.

SEÑORA PRESIDENTA.- De lo contrario, solicito que se nos comunique la ratificación del texto.

SEÑOR MARTÍNEZ (Julio).- Así lo haremos.

SEÑOR MINISTRO.- Si es posible, quisiera saltear los artículos relativos al Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos, a los que hará referencia su Directora, la doctora Inés Álvarez. En realidad, el artículo 534 es de carácter general, pero está pensado para este Instituto. Por lo tanto, lo trataríamos más adelante.

El artículo 535, básicamente, plantea los gastos de funcionamiento, o sea que es de naturaleza presupuestal. Concretamente, propone $ 1:500.000 para Rectoría en Salud, $ 6:000.000 también para Rectoría en Salud y $ 6:500.000 para Atención Integral en Salud. Quiere decir que los $ 1:500.000 son para gastos de capacitación, los $ 6:000.000 son para gastos de funcionamiento puro de la Unidad Ejecutora y los $ 6:500.000 son para atender un acuerdo que firmamos en el año 2008 entre el Ministerio de Economía y Finanzas, el Ministerio de Salud Pública y la Unidad Nacional de Seguridad Vial -UNASEV- con el Consorcio de Unidades Móviles de todo el país para brindar asistencia en la vía pública. Al principio eso se pensaba hacer con una alícuota del seguro obligatorio de responsabilidad civil, pero al final se entendió que era mejor que fuera financiado por Rentas Generales en el Presupuesto y se determinó que Salud Pública fuera el ejecutor presupuestal. A eso se destina la partida de $ 6:500.000 y cubre la atención en vía pública en los diecinueve departamentos del país durante las 24 horas del día.

El artículo 536 también corresponde a gastos de funcionamiento. Partimos de una línea de base de $ 26.000 anuales, que es para la Junta Nacional de Salud, JUNASA. Eso fue parte del proceso de aprobación de la Ley Nº 18.211, ya que se pensó que la JUNASA iba a estar en el ámbito del Ministerio y no cumpliría un rol muy importante. No obstante, eso se fue modificando y fuimos viendo el papel que se había asignado, razón por la cual se destina un monto de $ 1:000.000 para sus gastos de funcionamiento.

El artículo 537 va a quedar para más adelante porque se vincula a los gastos de funcionamiento del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos.

En el artículo 538 se crea la Dirección General del Sistema Integrado de Salud, que es lo que comenté en mi presentación general. Esto da sustento técnico a la Junta y este artículo le asigna $ 700.000 de gastos de funcionamiento.

Finalizando con estas disposiciones que establecen gastos, el artículo 539 se ubica en el terreno de los gastos de inversión y no de funcionamiento. Como se puede apreciar, engloba cuatro rubros. En primer término, para el equipamiento y mobiliario de oficina se destina una partida de $ 4:000.000, cuyo objetivo refiere a un aspecto problemático del Ministerio, que es la existencia de una central telefónica única, con un esquema regulatorio y muchos 0800, es decir, muchas áreas donde convergen denuncias de usuarios y demás. Sin duda, mejorar el aspecto comunicacional es muy

importante. En segundo lugar, tenemos lo que para nosotros es el proyecto de inversión más importante de este período para el Ministerio, que es el Plan Director Informático, al que se asignan $ 4:920.000 el primer año, $ 6:900.000 el segundo y, luego, $ 10:000.000 para los últimos dos años. En tercer término, con respecto a inmuebles, nos referimos a la reparación del edificio, la fachada, la sanitaria, la parte eléctrica y todos los aspectos que tienen que ver con la habilitación de la Dirección Nacional de Bomberos, así como alguna adecuación de oficinas ante la mudanza de ASSE al Edificio Libertad, con lo cual reordenamos de alguna forma el funcionamiento del Ministerio. El cuarto rubro, relativo a los vehículos, tiene que ver con la renovación de la flota.

SEÑOR ABREU.- El señor Ministro hacía mención al Plan Informático como algo central en la proyección de los cinco años. En realidad, me gustaría que describiera en qué consiste ese Plan, cuál es su contenido y cómo se ha programado su ejecución para todo el período. Asimismo, quisiera saber cuáles son los ejes más importantes en lo que refiere a la modernización del sistema de toma de decisiones interno del Ministerio.

SEÑOR MINISTRO.- Antes de especificar en qué consiste el Plan, me gustaría aludir a una cuestión más conceptual.

En el pasado, el Ministerio de Salud Pública tenía un sistema de información extremadamente fragmentado, que hacía que hubiera información sobre los indicadores de vida o estadísticas vitales; sobre las mutualistas -información que emanaba del SINADI-; sobre el aspecto económico financiero y asistencial de ASSE -esto era así en momentos en que ASSE era parte del Ministerio-; sobre las habilitaciones en curso y sobre los resultados de la fiscalización. Esto hacía que, si uno quería saber cuál era la relación de determinada mutualista con el Ministerio, tuviera que pedir información a distintos lugares.

El Plan Director Informático tendría como primer objetivo concentrar en un embudo la información respecto a los prestadores de salud externos.

El segundo objetivo -para el que estamos trabajando en conjunto con la AGESIC- consiste en aumentar la seguridad del sistema informático. Consideramos que el hecho de sacar la información hacia afuera, así como los respaldos, son de alta gravitación para nosotros. En virtud de que el Ministerio de Salud Pública maneja información de relativa confidencialidad y existe un pacto de alerta público, el tema de la seguridad es muy importante.

En tercer lugar, en el Plan Director tienen prioridad algunos proyectos cuyo objeto es el relacionamiento con los ciudadanos, sobre todo en lo que tiene que ver con los registros de medicamentos. Esa es una cuestión muy importante porque, en el pasado, esto presentaba dificultades, retrasos y demoras. Cabe aclarar que cuando hablamos de usuarios no nos referimos solo a personas, sino a usuarios en un sentido amplio. El Ministerio de Salud Pública tiene dos grandes tipos de usuarios: los ciudadanos que se atienden en salud y las empresas que brindan los servicios. El proyecto relativo a los medicamentos es clave en esta estrategia y también lo es el relacionado con la tecnología. Queremos tener un censo tecnológico actualizado y que se actualice permanentemente -con tecnología de mediano y alto porte- de forma tal de poder aplicar los controles y tomar las decisiones que tenemos pensado impulsar.

A modo de información para los señores Senadores, queremos decir que tenemos cuarenta y dos proyectos -entre los más importantes se destacan; medicamentos, el sistema de estadísticas vitales, la vigilancia epidemiológica, las metas asistenciales, etcétera- de los cuales once han sido definidos como prioritarios. Toda esta información está contenida dentro de un Plan que, si los señores Senadores lo consideran conveniente, podemos hacer llegar a la Comisión.

El artículo 540, relativo a los gastos de funcionamiento, sigue la misma lógica a la que aludimos anteriormente. En este caso, se habla de las inversiones para la Unidad Ejecutora que se crea, es decir, la del Sistema Nacional Integrado de Salud.

El artículo 541 es para nosotros uno de los más importantes desde el punto de vista del incremento de los gastos y, como luego veremos, del aumento de los recursos humanos. Aquí se alude a las Direcciones Departamentales de Salud. Muchos de los señores Senadores aquí presentes provienen de departamentos del interior del país y seguramente conocen el rol que permanentemente

cumplen los Directores Departamentales. Hay Direcciones Departamentales que están más integradas en ciertos departamentos, pero cuya extensión, fragmentación y dispersión en el territorio es tal que muchas veces dificulta la tarea de sus Directores. Por ejemplo, ello ocurre en Canelones, Colonia y Rivera. Por lo tanto, intentamos incrementar las asignaciones presupuestales de proyectos de inversión para las Direcciones Departamentales y, sobre todo, para generar conexión en el territorio. También se brinda la posibilidad de realizar inversiones en inmuebles que ya son propiedad del Ministerio de Salud Pública, ya que existen muchos y se encuentran dispersos en el territorio.

El artículo 542 está vinculado a un proyecto de endeudamiento externo. Se trata de un proyecto financiado por el Banco Mundial, que tuvo inicio en el año 2006-2007, y tiene características alineadas con la reforma de la salud porque se financian cápitas para enfermedades crónicas no transmisibles. Se paga un plus a las instituciones públicas o privadas por el cumplimiento de ciertas metas de mejora en la prevalencia de diabetes, hipertensión, obesidad y cáncer de colon. Esta última enfermedad se incluyó especialmente debido a la prevalencia que tiene en el país.

El mencionado proyecto ya comenzó a funcionar en tres lugares, con fondos del Presupuesto anterior: el departamento de Treinta y Tres fue el primero, Tacuarembó el segundo y el tercero fue la ciudad de Fray Bentos. La idea es que se desarrolle en extensión en estos tres lugares e incorporar nuevos departamentos.

SEÑORA PRESIDENTA.- Pasamos al artículo 543.

SEÑOR MINISTRO.- El 543 es un artículo bastante particular. El Parlamento aprobó en diciembre de 2008 la Ley de Salud Sexual y Reproductiva que tenía un artículo que mandataba al Poder Ejecutivo a dispensar preservativos a niveles accesibles para la población. Si bien fue reglamentado en agosto de 2009, para que tuvieran un costo accesible, la única forma era hacerlo mediante las compras que el Ministerio de Salud Pública realiza a través del Fondo de Población de Naciones Unidas - UNFPA- y se los traslada a ASSE; pero no existía marco legal para vendérselos al sector mutual con el precio de costo que los recibía de este Fondo. Entonces, este artículo lo autoriza para que el sector mutual, a partir del 1° de enero de 2011 -si se aprueba este Presupuesto- pueda cumplir la norma y entregar preservativos igual que ASSE. Es decir que los preservativos femeninos y masculinos van a estar en el entorno de $ 30 más timbre profesional, o sea, $ 39.

En relación al artículo 544 debo decir que en el período pasado ya existían los programas de salud. Nuestra valoración al respecto es muy heterogénea porque algunos habían cumplido muy bien sus objetivos, en tanto que otros no. Entendimos que se trataba de programas cuyo funcionamiento era aislado y que no tenían conexión entre sí, puesto que no había una visión programática de niñez con adolescencia, ni de adolescencia con adulto mayor, ni de salud sexual y reproductiva con salud mental, que tiene mucho que ver en sus relaciones sintomáticas. Fue por ello que creamos el Departamento de Programación Estratégica de Salud, en el que hicimos converger todos los programas, con una dirección centralizada. Entonces, lo que planteamos aquí es la creación, no de los cargos -porque ya han sido creados en los diferentes programas y aquí simplemente se alinean y aglutinan; por otra parte, hasta el momento esto estaba incluido en la DIGESA y ahora lo trasladamos a la órbita directa del Ministro- sino del Director de Programación Estratégica. Esto no tiene costo, porque en realidad se transforma un cargo de alta especialización -por el artículo 7º existente- en un cargo de particular confianza para el Departamento.

SEÑOR ABREU.- Quisiera reiterar lo que hemos venido haciendo en la comparecencia de otras unidades ejecutoras. Creo que es importante analizar el tema estratégico en forma sectorial por cada Ministerio, pero nosotros somos partidarios de que se centralice en el Poder Ejecutivo una unidad de estrategia que piense más allá de los aspectos sectoriales. Hace tiempo que estamos insistiendo en este tema, porque el liderazgo y el gerenciamiento del proyecto estratégico del país, en el que juegan un rol fundamental las políticas sociales y de salud, también tienen un estrecho relacionamiento con variables externas e internas y con la interacción de todo el sistema institucional del país. Entonces, estamos de acuerdo con esta creación -tal como sucedió en el caso del Ministerio de Transporte y Obras Públicas- pero creemos que es importante subir el nivel de programación estratégica, a efectos de que más allá de la existencia de los gabinetes productivos, sociales y todo lo que pueda existir, el propio Presidente de la República pueda tener una visión clara de cuál es la proyección estratégica del país en la complementación de las distintas políticas.

Ahora bien, como se supone que los programas tienen ya sus funciones establecidas, con objetivos y metas para cumplir y dada la creación de este cargo de Director de Programación Estratégica, quisiera saber cuáles son los programas básicos que tiene el Ministerio en materia estratégica en salud, que puedan ser relatados brevemente, a efectos de ajustar la información a la técnica del Presupuesto por programas, que es lo que nos permite en el Parlamento tener un conocimiento básico de todos estos temas.

SEÑOR MINISTRO.- Para dar respuesta a la inquietud planteada por el señor Senador Abreu, puedo decir que el Departamento de Programación Estratégica está estructurado en cuatro áreas: Ciclos de Vida, Salud Sexual y Reproductiva, Prevención y Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Crónicas y Prevalentes. Dentro del área Ciclos de Vida están incluidos los programas dirigidos a la niñez, a la adolescencia, al adulto y al adulto mayor. En el área Salud Sexual y Reproductiva se encuentran los programas orientados a la mujer y a las ETS, enfermedades de trasmisión sexual, tanto sífilis congénita, como VIH Sida. Dentro del área de Prevención y Promoción de Salud están incluidos los programas dirigidos hacia la salud mental, salud bucal, salud rural y salud ocular. Y en el área de Prevención de Enfermedades Crónicas y Prevalentes están los programas enfocados hacia la obesidad, sedentarismo, diabetes, hipertensión y cardiovasculares.

SEÑOR ABREU.- Quisiera saber si la evaluación y el seguimiento de estos programas se hacen en esta unidad programática estratégica o a través del Ministerio.

SEÑOR MINISTRO.- El Departamento de Programación Estratégica depende de la Unidad de Planificación Estratégica -la UPE evalúa al Departamento- que, como recordarán, fue creada en el período pasado -advierto que hoy nos acompaña el licenciado Marcelo Setaro, que es quien está al frente de esto- dentro de los cargos de alta conducción.

SEÑORA PRESIDENTA.- Pasamos al artículo 545.

SEÑOR MINISTRO.- Respecto al artículo 545 debo decir que actualmente el Ministerio de Salud Pública cuenta con una guardería para niños de 3 meses a 5 cinco años, hijos de funcionarios. También existe un proyecto para la instalación de una biblioteca y un comedor para funcionarios. La idea es que esto se financie con venta de servicios por parte del Ministerio de Salud Pública, mediante sus proventos, por lo que no tiene gasto presupuestal directo.

SEÑORA PRESIDENTA.- Pasamos al artículo 546

SEÑOR MINISTRO.- Por medio de este artículo solicitamos autorización para realizar transferencias a instituciones sociales que no están estipuladas en los distintos programas de subsidio; esto representa unos $ 200.000 aproximadamente.

Muchas veces surgen iniciativas sanitarias en la población que no provienen, por ejemplo, de la Asociación de Diabéticos del Uruguay o de la Asociación de Celíacos del Uruguay, instituciones ya conformadas y estructuradas. Quienes realizan este tipo de acciones solicitan apoyo al Ministerio de Salud Pública para efectuar, de pronto, actividades de vacunación o de difusión de determinados programas de salud rural o salud mental.

La idea es contar con un pequeño fondo para ayudar a esas instituciones; obviamente, se realizará la rendición de cuentas correspondiente al Poder Legislativo y, tal como lo establece el propio artículo, esas ayudas estarán vinculadas a políticas de promoción de la salud.

SEÑORA PRESIDENTA.- Pasamos al artículo 547.

SEÑOR MINISTRO.- Este artículo tiene que ver con la regularización de cargos de funcionarios. Todo el proceso de ingreso de funcionarios hizo que muchos de ellos, cuyas actividades pertenecen al Escalafón A -Escalafón Profesional- por diversas razones, estén ubicados en otros escalafones, por ejemplo, el C, F o el B. Por esta razón, la idea es regularizarlos y ubicarlos en el Escalafón A.

En principio esta medida no tiene costo presupuestal. Sin embargo, queremos aclarar que disponemos de crédito en el objeto de gasto 092.004 por si hubiera déficit en alguna regularización, que estimamos no ocurrirá; pero, de ser así, contamos con los recursos para afrontarla. En definitiva, el costo del artículo 547 es cero peso.

SEÑORA PRESIDENTA.- Pasamos al artículo 548.

SEÑOR MINISTRO.- Tal como los señores Senadores saben, el Poder Ejecutivo ha designado a los Ministerios de Salud Pública, de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, y de Industria, Energía y Minería para comenzar el proceso de reforma del Estado.

Por esa razón, pareció lógico que los fondos para nuevos recursos humanos -hasta que se aprueben las reestructuras organizativas- provengan de una especie de partida que se consolidaría con la reestructura. Sin embargo, creemos que hasta que ese proceso se dé -que llevará un tiempo- hay algunas presupuestaciones que son imprescindibles.

A través del artículo 548 se crea ese fondo, que representa unos $ 25:000.0000 aproximadamente, monto que dependerá de la cantidad de contrataciones y de sus niveles salariales. Esa cifra es la que se solicita aquí, donde se incluye los aportes legales correspondientes.

Como veremos en un artículo posterior, solo presupuestalmente se incluyen dieciocho cargos; todos los demás van a lo que podríamos llamar bolsa hasta la aprobación de la reestructura organizativa del Estado.

SEÑOR AMORÍN.- Este es un artículo que se repite, como lo hemos visto, en absolutamente todos los Ministerios. Ahora bien, cuando se piensa en una reestructura, en general, se busca ser más eficiente, más eficaz y, en lo posible, en gastar menos. Sin embargo, en este caso todas las reestructuras son para gastar más. ¿Por qué se gasta más de US$ 1:000.000 en una reestructura? Sinceramente, me llama la atención.

SEÑOR MINISTRO.- No comparto el criterio del señor Senador. Las reestructuras pueden ser para gastar más o para gastar menos.

SEÑOR AMORÍN.- Son todas para gastar más.

SEÑOR MINISTRO.- Lo digo desde el punto de vista conceptual. No son necesariamente para gastar menos. Lo que hacen las reestructuras, entre otras cosas, es reordenar las estructuras de los Ministerios a misiones y visiones diferentes y actuar sobre regulaciones que antes no tenían. En el caso del Ministerio de Salud Pública, es notorio que su capacidad de regular había estado fuertemente cuestionada en el período 2005-2009 por un proceso de reducción de personal que se llevó adelante en el área de la fiscalización. Aquí está presente la señora Subdirectora General de Salud, que es la responsable del área de la fiscalización, y podemos tener números sobre ello. Entonces, para nosotros la reestructura significa incorporación de mayor eficiencia en las funciones, lo que supone, entre otras cosas, una mayor dotación de recursos humanos. No los presupuestamos en adelante y los dejamos hasta la reestructura porque las áreas en las que ahora creamos cargos y necesitamos más personal, quizás no sean las mismas que las que la reestructura nos sugiera o nos indique. Por eso solo hay cargos fijos en las Direcciones Departamentales.

SEÑOR VIERA.- Sinceramente, creo que es estéril discutir sobre si esta reestructura significa más o menos gasto, porque no dudo de que la intención es gastar menos. Pero lo cierto es que la experiencia en nuestro país es que reestructura equivale a aumento de sueldos. Como hay que pagar siempre por una nueva estructura, hay mayor gasto. A veces es inevitable porque hay que reorganizar, pero insisto: las reestructuras siempre implican mayor gasto. Y lo que es peor es que cuando se adelantan partidas o contrataciones antes de la reestructura, lo que suele suceder es que se gasta dos veces, porque en el momento de la reestructura surgen nuevos reclamos y se transforma en un derecho sindical. Es decir que inmediatamente en las plataformas reivindicativas de los sindicatos aparecen reclamos por la reestructura que se ha anunciado y no se ha pagado. Ese es el gran drama de iniciar una reestructura anunciándolo e incluso presupuestando algunos montos que se van adelantando. Después le van a reclamar más, señor Ministro; eso es lo que va a suceder. Como en todos los incisos hay partidas para

esa anunciada reestructura del Estado, el tema va a ser incluido en las plataformas reivindicativas. Por eso, creo que es mala cosa comenzar antes de tener la reestructura y saber para dónde se va.

SEÑOR ABREU.- En realidad, esta es una vieja historia, es decir, no es un tema nuevo; entre otras cosas motivó la modificación de la Constitución de 1966 y la creación de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto y de la Oficina Nacional del Servicio Civil. En esa visión había una misión moderna del Estado, que abarcaba y abarca la racionalización administrativa, la clasificación de cargos, la carrera administrativa y, obviamente, la administración de los recursos humanos, todo esto en función de recursos presupuestales y financieros que se ponen al servicio de un sistema de presupuesto por programas, que es también una innovación incorporada por la Constitución de 1966. El señor Ministro nos dice, con razón, que hay tres o cuatro experiencias piloto y una de ellas se va a desarrollar en el Ministerio de Salud Pública. Más allá de que se repita este articulado, lo importante es saber qué visión se tiene en la racionalización administrativa y en la forma en que se reorganiza un Ministerio. Aclaro que no se trata de una reestructura organizativa como dice el artículo, sino de una reestructura administrativa, porque tiene que ver con aspectos vinculados a la Administración, que tiene unidades, cargos y recursos financieros y humanos. Seguramente este tema se vincule a una racionalización administrativa y a una clasificación de cargos y nuevos puestos de trabajo asignados a la unidad ejecutora, con los costos que va a tener porque, entre otras cosas, la racionalización administrativa tiene repercusión en los costos. Entonces, quisiera saber si se trata de una experiencia piloto en la que el Ministerio mira el sistema de presupuestación del funcionario en el sentido de que solo podrá ser destituido por el artículo 168, es decir, por omisión, ineptitud o delito, o piensa incorporarlo a una reforma del Estado en la que la movilidad comience a estar vinculada, entre otras cosas, a la productividad o a algunos resultados que se exijan en el ámbito de la administración por objetivos. Esa es la primera reflexión que deseo hacer, sobre todo teniendo en cuenta que hay referencias del primer nivel de nuestra magistratura que hacen permanente referencia a que la inamovilidad puede perjudicar o afectar la eficiencia y eficacia del funcionamiento de la Administración Pública.

En definitiva, quisiera saber cuál es la orientación que se tiene en los tres aspectos -clasificación de cargos, carrera administrativa y número de puestos- sobre todo en la carrera administrativa y a partir de la presupuestación. Si se trata de una experiencia piloto de una reforma del Estado, la forma en que se dibuje el tamaño del dedo va a dar como resultado el tamaño del cuerpo. En lo personal, prefiero diseñar primero el tamaño del cuerpo para luego diseñar el dedo, pero a veces se hace a la inversa. Por tanto, teniendo en cuenta el asesoramiento de la Oficina Nacional del Servicio Civil -si se tiene- me gustaría saber cuál es la forma en que, desde el punto de vista técnico-administrativo -no político- se va a encarar esta reforma de la Unidad Ejecutora Ministerio de Salud Pública en cuanto a la racionalización, los cargos y los recursos humanos.

SEÑOR RUBIO.- Creo que en la medida en que el señor Ministro conteste la pregunta formulada por el señor Senador Abreu van a quedar aclaradas mis dudas.

Lo único que puedo decir es que desde que ingresé al Parlamento -este es el cuarto Presupuesto del que participo- siempre se ha incluido el tema de la reforma y sus costos. El único período en el que no hubo fondos importantes para reestructura fue el último, pero en los dos anteriores se incluyeron muchas decenas de millones de dólares para reestructura y reforma del Estado. Sin embargo, creo que está a la vista que los resultados han sido escasos, más allá de que algunas empresas públicas han hecho avances muy significativos. Incluso, algunas avanzaron y después retrocedieron, pero siempre hubo que hacer inversiones. En realidad, lo que hay que analizar es si la inversión está bien hecha o no, pero no es posible realizar una reestructura sin invertir. Estamos absolutamente convencidos de ello porque hay inequidades salariales, perfiles muy distintos, relaciones con el mercado muy diferentes en cuanto a los recursos de alta calificación y un sinnúmero de costos que es necesario incorporar en el proceso. Por tanto, el problema es el resultado, pero creo que a eso apuntaba la pregunta del señor Senador Abreu.

SEÑOR HEBER.- Quiero sumarme a la preocupación planteada por los señores Senadores. En el artículo se hace referencia a una partida anual de $ 25:000.000, pero no se sabe muy bien cuánto está destinado a financiar la reestructura y cuánto a los cargos imprescindibles. Entonces, en primer lugar, sería bueno conocer ese dato.

Ahora bien, ¿cuál es el cuestionamiento? Que no se termina más y en estos cuatro años se va a usar esta plata en la reestructura y esta es permanente; es como la revolución permanente. O sea que la reestructura es una reestructura permanente. Entonces, no terminamos más con este tema.

Además, así es como está planteado, porque se proponen partidas anuales hasta el año 2014. Uno podría decir que la reestructura lleva uno o dos años y luego la termina. Por tanto, ¿se financian dos años y después no hay más cargos imprescindibles? ¿O hay que estructurar un escalafón para una misión u objetivo después que todo esté hecho? Pero acá hay consideraciones generales en todo el presupuesto y parecería que estamos ante la gran reestructura del Estado, porque todos los Ministerios tienen este artículo estableciendo los cargos imprescindibles. Sería una forma de decir que no se va a hacer la reestructura y se van a tener determinados cargos imprescindibles con los que se pueda funcionar. Y la reestructura será una asignatura pendiente; pasarán las Administraciones y seguiremos en reestructuras permanentes. Quizás el señor Ministro nos pueda aclarar y ayudar -además, él es economista- en este tema.

SEÑOR MINISTRO.- Quisiera formular tres o cuatro comentarios sobre este punto. En primer lugar, la elección del Ministerio de Salud Pública en la primera fase de implementación -no le hemos denominado experiencia piloto, sino primera fase de implementación porque, en realidad, lo que estamos haciendo es iniciar el proceso de implementación; siempre es piloto en el sentido de corregir errores- tiene que ver con que este ha avanzado en algunos aspectos de la reestructura, todo lo cual lo pone en un punto de partida diferente a otros. Por ejemplo, en el período pasado esta Cartera hizo una reestructura en su área de fiscalización, incorporando la dedicación con incompatibilidades para los inspectores y los compromisos de gestión en función de sus rendimientos, trabajando 40 horas semanales. Esta es un área que ya ha comenzado este proceso y está funcionando en este sentido. Además, se ha evaluado que algunos de los criterios que allí figuran sean los que se han expresado por parte del Gobierno en materia de reforma del Estado.

También el Ministerio participó en el proceso de construcción de los cargos de alta conducción aprobados en la Rendición de Cuentas del año 2008, y fue la única Cartera que llenó los cinco cargos de alta conducción -aclaro que por distintas razones los demás Ministerios no los han ocupado- y están trabajando en el área de planificación estratégica, de gestión del cambio, de mejora de la gestión, de economía de la salud y de recursos humanos. Estos son los cinco cargos de alta conducción que fueron concursados y llenados.

Por otra parte, tenemos la transformación de los Programas en el Departamento de Planificación Estratégica y del sostén de la JUNASA en la Dirección del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Estas son cuatro efectivas reestructuras que han ido ocurriendo, algunas más avanzadas que otras, unas más evaluadas que otras, y eso forma parte de la idea por la cual el Ministerio lo considera un punto de partida, porque varios de los criterios que están explícitos en dichas reestructuras tienen que ver con los criterios actuales.

En segundo término, los veinticinco millones están asociados a cargos que hoy consideramos que son imprescindibles para el proceso hasta la reestructura. Luego, esta nos determinará qué hacer; si son cargos imprescindibles, se transformarán en permanentes y el dinero se transferirá de ese rubro de contratos a término al de presupuestado. En caso de no ser imprescindibles, quedará un remanente de dinero que volverá a Rentas Generales, porque no serán contratados de manera definitiva.

En tercer lugar, los criterios generales para este proceso que se inicia, obviamente, son coordinados y definidos por los dos organismos a los que el Estado ha asignado esta responsabilidad, que son la Oficina Nacional del Servicio Civil y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto. Somos conscientes de que los contratos a término luego generan reivindicaciones presupuestales -esto ya tiene una larga historia- pero tenemos la convicción de que solo se presupuestarán si son realmente necesarios.

Con respecto al artículo 549, quiero señalar que en el Presupuesto Nacional del período pasado se aprobó, a partir del artículo 293, la presupuestación de los cargos de la Comisión de Apoyo de los Programas Asistenciales Especiales de ASSE, pero solo se hizo en algunos casos. Tal como van a ver también en el proyecto de ASSE, este artículo pretende terminar definitivamente ese proceso para cerrar el tema de las Comisiones de Apoyo, pero como desde el punto de vista presupuestal estas pertenecen a ASSE, es necesario transferir al Ministerio los recursos correspondientes a su cuota parte.

SEÑOR ABREU.- En términos de promedio salarial del Ministerio de Salud Pública, ¿qué porcentaje del sueldo base representa lo que perciben los funcionarios de las Comisiones de Apoyo y de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata? Formulo la pregunta porque en algunos casos -no digo que sea en estos- es más importante percibir la remuneración por el trabajo en estas Comisiones que del sueldo base. Concretamente, quisiera saber qué relación existe entre el sueldo base presupuestal y la retribución que reciben por estas Comisiones.

SEÑORA TOPOLANSKY.- Quizás ya lo hayan mencionado, pero me gustaría saber si la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata desaparece o cambia de ámbito; honestamente, no me queda claro a partir del texto del artículo.

SEÑOR MINISTRO.- En principio, habría que aclarar que en las Comisiones de Apoyo existen dos clases de remuneraciones. Por un lado, tenemos lo que normalmente llamamos “Comisión de Apoyo puro”, en cuyo caso el funcionario recibe una sola remuneración que proviene de la Comisión de Apoyo -en esta situación debe haber unos 300 funcionarios del Ministerio; en ASSE la cantidad es mayor- y la transferencia se hace en su totalidad al Ministerio, pero con los topes que tiene la Administración Pública, por si eventualmente hay salarios que escapan a ella. Por otra parte, tenemos aproximadamente 100 funcionarios que reciben complemento salarial que, en general, es muy variable, pero nunca supera el 30%. En el caso de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, los complementos están asociados a la salud mental, y estos son mayoritariamente de ASSE, diría casi exclusivamente. En esta situación debe haber unos cinco casos del Ministerio, porque a diferencia de las Comisiones de Apoyo, que tienen diversos complementos salariales, estos son solamente para salud mental. La idea de ASSE es que la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, que nació con la función de cobertura de patologías de salud mental, continúe ejerciéndola, y desaparezca su rol de suministrador de mano de obra para ASSE. De esa manera, mantendría su papel fundamental de atención de esa clase de patologías, que fue para lo que se creó en la década del veinte o del treinta, obviamente, dependiendo de ASSE.

El artículo 550 asigna una suma anual de $ 4:201.791 con el propósito de pagar a funcionarios de otros Incisos que prestan funciones allí mediante pase en comisión o comisión de servicio, a quienes muchas veces es necesario otorgar complementos salariales para equiparar sus retribuciones a las que perciben los funcionarios del Inciso 12.

Por el artículo 551 se transfiere al Inciso 29 “Administración de los Servicios de Salud del Estado”, todas aquellas deudas ante organismos públicos o instituciones privadas, que a nombre del Ministerio de Salud Pública, hayan sido generadas por hechos, actividades, contrataciones o bienes del servicio antes desconcentrado y descentralizado a partir de 2007. Esto tiene que ver no solo con la división del endeudamiento que finalmente es público, sino también con los aspectos tributarios implícitos. Por ejemplo, los aportes patronales en las obras tienen un tratamiento si se realizan en ASSE y uno diferente si son efectuados en la Administración Central, y una incidencia en el costo final de la obra.

El artículo 552 tiene como objetivo la creación de la Unidad de Descentralización de esta segunda etapa de la Reforma de la Salud del Ministerio. De igual modo que se incorpora un importante aumento de gastos de funcionamiento en las Direcciones Departamentales de Salud en el interior, también se autoriza la adquisición directa de bienes inmuebles para su instalación, y se establece una restricción, en el sentido de que el precio a abonar por cada inmueble no podrá superar en más del 10% el valor de la tasación que efectúe la Dirección Nacional de Catastro.

El artículo 553 introduce un cambio que va en la misma dirección del Departamento de Programación Estratégica en Salud, porque se suprime el cargo de alta prioridad de Subdirector General de la Salud que hoy ejerce, por designación del Ministro, la ingeniera química Raquel Ramiro -que nos acompaña en esta comparecencia a la Comisión- y se crea un cargo de alta especialización. En realidad, no tiene tal carácter porque por su impacto en la regulación pública son cargos de particular confianza. En este caso se elimina un cargo de alta especialización para transformarlo en uno de particular confianza. En 2005 dimos nuestra visión en el sentido de que los cargos de alta prioridad o de alta especialización, más allá de un fundamento técnico, terminaban siendo de confianza.

SEÑOR HEBER.- Simplemente, queremos manifestar nuestra discrepancia con la visión del señor Ministro, porque al parecer el hecho de que el cargo de Subdirector General de la Salud sea de alta

prioridad, genera la obligación de buscar personal técnico de confianza. Simplemente dejamos constancia de que, a nuestro juicio, ese no debería ser un cargo de particular confianza, aunque por supuesto respetamos la opinión del señor Ministro.

SEÑOR MINISTRO.- En la misma dirección del cargo de Director de Programación Estratégica y con la otra prioridad que enuncié, el artículo 554 crea el Coordinador General de Descentralización. Sabido es que teníamos diecinueve Directores Departamentales, de los cuales dieciocho estaban en el interior del país. Instituimos, pues, una Unidad de Descentralización con esos dieciocho Directores Departamentales y toda su estructura y el cargo de Coordinador General de Descentralización, también con el carácter de particular confianza.

SEÑOR HEBER.- Sería un Coordinador de Coordinadores.

SEÑOR MINISTRO.- No, señor Senador, sería un Director de Coordinadores.

SEÑOR ABREU.- Quiero hacer especial hincapié en este tema. Claramente hay dos categorías de funcionarios que tienen distinto sentido de permanencia: por un lado, el contratado o el presupuestado que está dentro de la carrera administrativa y, por lo tanto, está incorporado dentro de esta reforma -como una experiencia piloto- y, por otro, una multiplicación importante de cargos de particular confianza. Esta última categoría, de alguna forma, constituye un elemento retardatario de lo que es una carrera administrativa, porque cada vez que cambia la Administración va a ocurrir lo mismo que en el famoso PRI mexicano que, aunque ganaba el mismo partido, todos se despedían como si hubieran perdido la elección. Concretamente, me refiero a que la continuidad desde el punto de vista administrativo y de la gestión debe tener un tope, ya que no puede ser que el Estado transforme los cargos de funcionarios presupuestados con un techo importante en su carrera administrativa y después pasen a ocupar un cargo político y, por ende, realicen una carrera política -por decirlo de alguna manera- en cada una de las administraciones que tienen un importante y creciente número de cargos de particular confianza.

Esta es una reflexión sobre la metodología y el enfoque de una reforma administrativa del Estado. No sé si se está pensando en ello, pero de alguna manera lo que aquí se dispone va en desmedro, incluso, de la motivación y de la carrera de los que internamente están haciendo un esfuerzo durante muchos años de su vida para poder alcanzar cargos de especial responsabilidad en el ámbito directivo.

SEÑOR MINISTRO.- Antes de pasar a considerar el artículo 555 y a efectos de reflexionar sobre el tema, quiero decir que en el Inciso 12 de este proyecto de ley de Presupuesto se crean tres cargos de particular confianza, dos de ellos destinados a la Unidad de Descentralización y a la Dirección de Programas -que el Ministerio ha definido como prioridad- y el otro a la transformación del cargo de Subdirector General de Salud. Nos parece una cifra alineada con el Presupuesto general y el número de cargos que tiene el Ministerio, que oscila en mil y algo más; por tanto, pensamos que no se pone un techo a ninguna carrera funcional.

Esta es nuestra visión y quería dejar constancia de ello dado que se crean tres cargos de particular confianza.

Tal como señalé con anterioridad respecto al artículo 555, solicitamos que se elimine.

El artículo 556 sigue la misma línea de fortalecimiento de las Direcciones Departamentales creando por cada una de ellas un cargo de escalafón técnico de carrera que acompañaría al Director Departamental y a la estructura que está funcionando allí. En este caso, sí discutimos con los compañeros de la Oficina Nacional del Servicio Civil y de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto porque entendíamos que eran cargos imprescindibles, aun en la visión de la reestructura, y que por lo tanto era necesario que ya estuvieran apoyando las Direcciones Departamentales como cargos presupuestados y no como contratos temporarios.

SEÑOR ABREU.- Me voy a referir al tema del escalafón A grado 04 serie Profesional. Hoy estuvimos analizando el articulado correspondiente al Ministerio de Transporte y Obras Públicas, instancia en la que se aceptó el criterio de que no necesariamente los requisitos de algunos cargos profesionales

debían exigirse para determinadas carreras. Quisiera saber si la visión que tiene el Ministerio y las Direcciones Departamentales de Salud es exclusivamente para médicos o puede ser cualquier otro profesional, por ejemplo, un licenciado en Administración de Empresas o alguien que tenga una experticia logística, por decirlo de esta manera.

SEÑOR MINISTRO.- Es un profesional vinculado a la salud en sentido amplio, es un Administrador, que puede ser licenciado en administración, licenciado en Enfermería, psicólogo, etcétera. En cada Dirección de Departamento, del perfil de la epidemiología departamental va a depender hacia dónde se dirige el esfuerzo de la calificación de ese funcionario.

SEÑOR MOREIRA.- Hemos escuchado reiteradamente sobre todo en expresiones de uno de los Directores de ASSE, que los auxiliares de Enfermería tienen aptitudes para cubrir prácticamente cualquier cargo en lo que a administración de salud se refiere. ¿El señor Ministro aludía por ejemplo a licenciados en Enfermería con título de la Universidad de la República -con alguna especialización en administración hospitalaria- y no a auxiliares de Enfermería?

SEÑOR MINISTRO.- Más allá de la opinión sobre ASSE -que, además, ya di en mi comparecencia en esta Comisión del Senado- para estos cargos que pertenecen al Escalafón A se requieren profesionales no necesariamente vinculados a administración, porque pueden ser cargos en el área de territorio y, por lo tanto, puede ser un licenciado en Enfermería, un psicólogo o una partera. En este caso, es decir, para la Dirección Departamental, efectivamente, se requiere de un profesional.

El artículo 557 tuvo una modificación en la Cámara de Representantes para esclarecer que estamos hablando de tecnología de alto y mediano porte; eso no estaba explicitado y parecía que cualquier tecnología que fuera comprada en plaza o en el exterior debía contar con la previa aprobación del Ministerio de Salud Pública. Este artículo se dirige, sobre todo, a la importación de los equipamientos. ¿Por qué se establece la aprobación? La importación de un equipamiento está asociada a aspectos de calidad asistencial -debe ser un aparato probado en cuanto al objetivo que debe cumplir- y también a aspectos de necesidad. Entonces, nosotros tenemos que regular la entrada de equipamiento en el país para evitar una sobreoferta pues el no uso significa, por su costo, pérdidas importantes para las instituciones.

La idea en este artículo es que el Ministerio actúe en la regulación. Lo que se agregó en esta disposición es lo relativo a la preceptividad para el equipamiento de mediano y alto porte.

SEÑOR MOREIRA.- ¿La calificación de mediano y alto porte es algo que estableció el Ministerio o es algo flexible?

SEÑORA RAMIRO.- La calificación de alto y mediano porte es una terminología muy común a nivel mundial. Hay algunas clasificaciones por países que tienen que ver con el valor del equipo pero, básicamente, no tenemos una definición establecida a nivel del Ministerio. Por eso, al final del artículo se dice que se faculta para hacerlo. No es una tarea sencilla. Creo que hay que aclarar que todos los equipos -ya sean de bajo, alto o mediano porte- deben ser registrados por el Ministerio. Como decía el señor Ministro, el registro previo asegura la calidad y la seguridad del equipo. Pero ese importador, después de que tiene el registro puede importar todas las veces que desee; lo que se pretende en este artículo es revisar la necesidad de la importación. Esta es una política que siguen todos los países que quieren asegurar la sustentabilidad de su sistema y valoran la necesidad de incorporación de equipos al mismo.

(Ocupa la Presidencia el señor Senador Penadés)

SEÑOR ABREU.- Como recordarán los señores Senadores, hoy de mañana estuvimos discutiendo, justamente, sobre la importación de vehículos automotores. En ese caso, se establecía como un criterio excluyente la importación de unidades armadas en origen con partes exclusivamente nuevas.

Voy a formular dos preguntas. El señor Ministro habló de dos aspectos que quedaron claros: la calidad asistencial y la necesidad. Con respecto al primero, ¿el criterio de importación de un quipo de alto y mediano porte supone que es nuevo o usado? “Usado” quiere decir armado, ¿o no?

Por otro lado, le redacción está muy bien hasta el último inciso donde dice: “Facúltase al Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud Pública, a aprobar la reglamentación pertinente a efectos de establecer en qué casos será de aplicación…”. Es decir que, más allá de las especificaciones, parecería que se da la posibilidad al Ministerio de Salud Pública de no aplicar esto en determinados casos.

SEÑORA RAMIRO.- La primera pregunta referida al equipo nuevo o usado, es una valoración que se hace en el momento en que el producto se registra. En Uruguay se pueden registrar equipos usados siempre que tengan las certificaciones adecuadas para demostrar que son seguros. Es decir que hay que verificar que tienen un funcionamiento adecuado y que son seguros porque pueden dañar la salud si no tienen los márgenes de seguridad adecuada.

Con respecto al último inciso, quiero aclarar que se refiere a la definición de mediano y alto porte, a la que ya hicimos referencia. Quiero recordar que el Decreto 402 de 1989 establece la necesidad de pedir autorización para la incorporación de nuevos equipamientos y de nuevas estructuras a nivel de las instituciones de asistencia médica. A partir de ese Decreto hay una lista de equipos que para ser incorporados a la institución necesitan una autorización previa. Se incorporan los de mediano porte, los que tenemos hasta ahí son de alto porte, pero además, si no es necesario, se trata de evitar la importación. Está dentro de lo planteado.

SEÑOR MINISTRO.- Los artículos que van del 558 al 561 se refieren al Instituto y van a ser tratados por la doctora Álvarez. A nosotros nos faltaría hacer referencia a los artículos 562 y 563 que establecen la creación de la nueva Dirección. En realidad, en la presentación inicial ya expliqué este tema porque es un componente central del proceso de reestructura que estamos iniciando y porque supera una limitación que tenía el órgano de administración del sistema, me refiero a la Junta Nacional de Salud, por no tener una Unidad Ejecutora que le sirviera de soporte a la estructura. Además, como en el marco de la reestructura ya iniciada varios organismos del Ministerio se aglutinaron en torno a esta nueva Dirección como, por ejemplo, Economía de la Salud, Recursos Humanos y Metas Asistenciales y Servicios de Salud, lo que se hace es crear un único cargo que es el de Director General del Sistema Nacional Integrado de Salud.

SEÑORA ÁLVAREZ.- Es un placer, como siempre, estar en la Casa de todos.

Como los señores Senadores saben, el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos, desde el año pasado -momento en que el Ministerio de Salud se separó de ASSE- es un organismo desconcentrado de dicha Cartera. Por lo tanto, cuando estábamos en ASSE dependíamos del sector de especializados y éramos una Unidad Ejecutora con algunas particularidades. El organismo es el que implanta las políticas sobre el trasplante de órganos, tejidos y células, sobre medicina regenerativa y, además, hace un ejercicio directo de las funciones con respecto al manejo de los receptores, los donantes y la asignación de los órganos, tejidos y células a los receptores específicos. Quiere decir que al momento de pasar al Ministerio de Salud Pública se tenían que compatibilizar esas dos acciones: la de rectoría, como el resto del Ministerio, y la acción directa en los efectores de salud, tanto públicos como privado. Esto generó un trabajo bastante importante dentro del Ministerio de Salud Pública, juntamente con el Ministerio de Economía y Finazas y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto a efectos de armonizar estas cosas. En definitiva, lo que intenta parte de este Presupuesto es aclarar esta situación.

El artículo 534 se refiere a la particularidad que tiene el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos en cuanto a que, por ser un organismo único, tiene alta incidencia y refleja números importantes en la región. A nivel regional se han celebrado convenios entre los diferentes Ministerios de Salud. A modo de ejemplo, el año pasado, junto con el Ministerio de Salud de Venezuela se formó personal y recursos humanos. Un año antes, con Chile se logró formar más de treinta y ocho coordinadores de trasplantes chilenos. Es decir que se posibilita y faculta la creación de convenios con personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, nacionales o extranjeras. Obviamente, que de esta manera se faculta al Poder Ejecutivo, en acuerdo con los Ministerios de Salud Pública y Economía y Finanzas, a reglamentar las condiciones de las prestaciones en las cuales ejercemos nuestros servicios.

SEÑOR ABREU.- Una vez que la señora Directora culmine su referencia al resto del articulado vinculado a este tema, me gustaría realizar algunas puntualizaciones.

SEÑORA ÁLVAREZ.- Como es de conocimiento de los señores Senadores, a partir del año 1996, parte del funcionamiento del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos está financiado por el 15% del 2% generado por los seguros civiles, más aportes especiales que a través del Ministerio y de esta Unidad se están solicitando. En el artículo 537 se solicita específicamente para gastos de funcionamiento una suma de dinero determinada y transferencias a cuentas corrientes de otras instituciones sin fines de lucro, como las Comisiones de Apoyo. Si bien el año pasado gran parte de nuestro personal fue presupuestado, hay algunos que aún no lo han sido, por lo tanto, la cantidad de dinero que se solicita es para ese fin.

Seguidamente me voy a referir al artículo 558. En virtud de lo que mencioné anteriormente en cuanto a que este Instituto genera y cubre asistencia, obligatoriamente nuestros servicios deben tener un régimen de suplentes que en el Ministerio de Salud Pública no está previsto porque para realizar fiscalizaciones tal vez no se necesiten, pero sí para cubrir la asistencia en emergencias. Entonces, lo que se asigna es una cantidad de dinero para suplentes de la Unidad de Emergencia.

El artículo 559 habla de la creación de una Red Nacional de Procuración de Órganos, Tejidos y Células, en los Efectores Públicos y Privados del Sistema Nacional Integrado de Salud, con el objetivo de aumentar el número de donantes para trasplantes. Esto significa que, de alguna manera, se internaliza la especialización de la donación y trasplante en nuestras unidades de salud.

El artículo 560 permite la recuperación de costos de algunos procesos que realiza el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos que, realmente, son de alta tecnología. Como sabemos, cualquier elemento o producto de alta tecnología lleva implícito ciertos costos que este artículo permite recuperar. La iniciativa cuenta con el informe favorable de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto.

El artículo 561 hace posible la realización de algunos de los programas específicos del Instituto. En realidad, son dos, uno de los cuales ha sido presentado y aceptado en el Presupuesto anterior; me refiero a la creación del Banco Nacional de Células Madre de Cordón Umbilical, que va a estar ubicado físicamente en el 5º piso del Hospital Universitario, obviamente con una dependencia del Instituto. El otro programa es el de creación del Consorcio de Ingeniería Tisular y Celular, que está pensado a largo plazo y para el final del quinquenio. El recurso que se está pidiendo -que, obviamente, resulta insuficiente, pero fue lo que pudimos obtener del Ministerio en esta instancia- se destinará específicamente a la creación de lo que denominamos “Inmuebles”, que son las modificaciones edilicias necesarias para generar estos dos grandes proyectos.

SEÑOR ABREU.- Simplemente, quiero expresar mi apoyo a este tema, en particular, porque creo que el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos y el Fondo Nacional de Recursos constituyen un ejemplo nacional e internacional de transparencia, eficiencia y solidaridad. Digo esto por razones particulares y por haber tenido la posibilidad de conocer cómo funcionan. Pienso que muchas veces no somos conscientes de la importancia de este tema y nos quedamos en la burocracia, sin pensar en el sentido último de la solidaridad que significa, entre otras cosas, la donación de órganos. Una cosa es donar dinero y otra es donar la vida; esto último se hace con una generosidad que a veces no existe o no se entiende debidamente en función de ese tuteo que existe entre la vida y la muerte y que mucha gente no está acostumbrada a tener.

En la última conferencia de Madrid sobre donación y trasplante, se estableció -la doctora lo sabe muy bien y aprovecho este momento para hacer un reconocimiento expreso a su gestión- que el imperativo ético es la autosuficiencia en trasplantes, lo que también constituye una responsabilidad social. Esto se basa en tres principios: la solidaridad, la voluntariedad de las donaciones y la no comercialización. En los últimos tiempos, hemos tenido la preocupación de manejarnos con este tema, porque a veces no se sabe bien el número de vidas que se pueden salvar y la forma en que se puede servir a la sociedad con un sistema eficiente que respete la voluntad del ciudadano y la solidaridad.

El resultado de la última encuesta realizada con respecto a la predisposición de los ciudadanos del Uruguay a donar sus órganos, establece que el 29% ya está inscrito, sin perjuicio de la última compulsa que se ha hecho a través de la Fundación Viven y de otros datos de hace diez días que revelan que en la vía pública, en todo el país, con el aporte del voluntariado nacional, se ha llegado casi a los 4.000 adherentes. De acuerdo con los datos que tengo en mi poder, el 35% de las personas consultadas respondió que sí, que seguramente está dispuesta a donar -más un 29% que está inscripto- y el 11% contestó que les gustaría estudiar más el tema. En función de esto, el Uruguay se

encontraría en una situación de mayor predisposición voluntaria a donar órganos, siempre y cuando se realice la debida campaña de concientización acerca de este tema, con la cristalinidad, transparencia y confiabilidad de los institutos involucrados. A veces resulta muy difícil explicar las críticas que hacemos al Estado en cuanto a la forma en que se manejan la transparencia y la cristalinidad, porque allí no existen hijos ni entenados, sino que, simplemente, al que le toca, le toca. Sin embargo, el Estado funciona bien y de manera ejemplar en muchos otros aspectos, sobre todo en lo que tiene que ver con el Fondo Nacional de Recursos, ámbito en el que existe una gran solidaridad y asistencia en medicamentos a gran número de personas. Hemos sido testigos, no solo de esto, sino también de las dificultades que tienen muchas familias de pocos recursos del Uruguay, que han resultado beneficiarias, pero a veces no tienen el soporte necesario como para continuar o respaldar un proceso de esta naturaleza.

Simplemente, quería hacer esta mención porque creo que corresponde. Además, en esta forma de enfrentar responsabilidades públicas, esto constituye la mejor conexión entre el concepto de solidaridad -bien entendido en todos sus aspectos- y, justamente, las responsabilidades públicas que se ejercen en temas de tanta importancia como es donar la vida y ser capaz de trasmitirla a los demás en un gesto de solidaridad que a veces es muy difícil de explicar en forma simple.

SEÑOR SOLARI.- Mi pregunta va dirigida al señor Ministro y está referida a varias reparticiones que, si bien funcionan en la órbita del Ministerio, no lo integran, pero reciben presupuesto de Rentas Generales y, de alguna manera, cumplen funciones propias del Ministerio de Salud Pública. Concretamente, me refiero a la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa, a la Comisión Honoraria Cardiovascular y a la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, entre otras. En fin, se trata de varias reparticiones que insumen recursos y que, en cierta forma, fijan políticas -algunas de ellas ejecutan acciones de salud pública- pero, como dije, quedan fuera de la órbita del Ministerio. Desde el momento en que se creó ASSE, estas reparticiones tendrían que estar en la órbita del Ministerio y ser parte de la estructura normal; sin embargo, con sorpresa advierto que el proyecto de ley de Presupuesto no recoge esta iniciativa. En consecuencia, me gustaría conocer la opinión del señor Ministro al respecto.

(Ocupa la Presidencia la señora Senadora Dalmás)

SEÑOR MINISTRO.- Aquí se destacan dos áreas: la presupuestal y la de ejecución de la política. En la línea presupuestal están contempladas la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa, la Comisión Honoraria Cardiovascular y la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer

Por otro lado, compartimos el criterio de que en este proceso de separación con ASSE, estas actividades tan importantes deberían integrarse paulatinamente a la política del Ministerio, pero no creemos que el proyecto de ley de Presupuesto sea el ámbito adecuado para ello. En tal sentido, y en el marco del Directorio de cada una de esas Comisiones, estamos discutiendo la integración desde el punto de vista de la política institucional. Podríamos decir que, presupuestalmente, tienen los recursos que la línea de base estipula en los anexos del proyecto de ley, así como también los incrementos que corresponden a cada una de ellas.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos mucho su presencia. Integraremos la información brindada, como insumo, a la discusión de los artículos correspondientes. Insistimos en que se nos haga llegar a la brevedad posible los sustitutivos o cambios de redacción.

SEÑOR MINISTRO.- De acuerdo, señora Presidenta. Ahora le voy a solicitar que el señor Director y quien habla permanezcamos en la comparecencia de ASSE.

SEÑORA PRESIDENTA.- Con mucho gusto.

(Se retira de Sala la delegación del Ministerio de Salud Pública)

SEÑOR RUBIO.- Me parece que sería pertinente hacer una consideración sobre el régimen de trabajo para los próximos días, de manera que sepamos cómo vamos a distribuir los tiempos. La propia dinámica de la Comisión impone determinados resultados que se verían afectados si no tomamos estos recaudos.

SEÑORA PRESIDENTA.- En el día de mañana, miércoles 17, está prevista una sesión del Senado, por lo que probablemente no tengamos ocasión de trabajar en Comisión. De haber tiempo libre, cada Bancada lo utilizará como le parezca.

El jueves 18 y el viernes 19, por su parte, entendimos que era conveniente que cada Bancada tuviera tiempo para resolver su posición con respecto al articulado, con la salvedad de que el jueves 18 a las 9:00 de la mañana concurrirá a este ámbito el Tribunal de lo Contencioso Administrativo, que hoy debimos despedir a causa de la duración de la comparecencia del Ministerio de Transporte y Obras Públicas.

El sábado 20 comenzaríamos con la votación en Comisión y ahí veremos, según el trámite que se realice ese día, si podemos saltear el domingo 21 o lo debemos utilizar. No disponemos de mucho tiempo. De lo contrario, contaríamos con el lunes 22 y martes 23, si es que se concreta la negociación que hicimos con el Partido Nacional de realizar algunos cambios en la agenda de tarea parlamentaria.

Entonces, el miércoles 24 inexorablemente debe empezar el trabajo de Secretaría para el armado del comparativo, tarea que abarcaría los días miércoles, jueves, viernes y sábado. Es decir que ese es el tiempo con el que la Secretaría cuenta para hacer el armado de todo el Presupuesto. El día domingo se destinaría a realizar la impresión. El lunes comenzaríamos el Plenario del Senado; saltearíamos el martes 30 debido a la Asamblea General que se va a celebrar para conmemorar el Plebiscito de 1980 y continuaríamos el miércoles 1° y el jueves 2, finalizando el viernes 3.

Esta es la agenda que tenemos. No la imprimí porque aún estamos viendo la posibilidad de adoptar los cambios de los que hablé antes y que, al parecer, van a funcionar. Propongo que el sábado comencemos la votación en Comisión, para ver cuál es la dinámica y cuánto podemos hacer. La tentativa sería que el domingo no tuviéramos trabajo de Comisión, trasladándolo a los días lunes y martes. Reconozco que fue un error no haber previsto recibir en la mañana de hoy solo al Ministerio de Transporte y Obras Públicas, cuya comparecencia nos insumió cuatro horas. Pero en fin, hay que observar la dinámica de la votación para decidir, efectivamente, cuántos días vamos a necesitar.

SEÑOR GALLINAL.- El jueves próximo a las 9 de la mañana recibiremos al Tribunal de lo Contencioso Administrativo y supongo que aproximadamente a las 10 y 30 horas estaremos culminado esa sesión. Entonces, me pregunto si para las Bancadas no será suficiente trabajar lo que resta de la mañana del jueves, la tarde del mismo jueves y la mañana del viernes, a los efectos de poder comenzar con la votación en Comisión el mismo viernes a las 15 horas. Ese día contaríamos con unas cuantas horas para sesionar, lo que nos permitiría ver la dinámica de votación de los artículos y, en función de ello, proyectar el trabajo de los días restantes. En lo personal, pienso que un día y medio de trabajo para las Bancadas puede ser suficiente.

SEÑORA PRESIDENTA.- ¿El Senador Gallinal está proponiendo, entonces, que el jueves 18, a partir de las 10 y 30 de la mañana, cada Bancada se reúna, para comenzar la votación el viernes?

SEÑOR GALLINAL.- Es lo que sugiero, señora Presidenta, pero estoy a disposición de lo que usted aconseje. Pienso que si comenzamos a trabajar en el articulado el viernes a las 15 horas, ya estaríamos dando a las Bancadas más de un día para tomar posición.

SEÑORA PRESIDENTA.- Según los Senadores Heber y Larrañaga, no sería suficiente ni siquiera con el día jueves completo. Por nuestra parte, debería consultar a la Bancada del Frente Amplio.

SEÑORA TOPOLANSKY.- En realidad, pienso que podemos dejar en suspenso algunas decisiones. No sé cuántos aditivos hay, pero todos sabemos que hay que consultar al respecto. Es decir, la dinámica va a depender un poco del volumen de trabajo que tengamos. En este sentido, pedí al Senador Larrañaga que se fueran adelantando los planteos, sobre todo los de la oposición, porque los tenemos que estudiar y consultar.

Entonces, si se diera el trabajo con un determinado ritmo, creo que podría ser viable la propuesta del Senador Gallinal en cuanto a comenzar el viernes a las 15 horas. Si hacemos el pacto de no realizar los discursos en Comisión, sino en el Plenario, en realidad el ritmo de trabajo puede ser relativamente ágil.

Por tanto, propongo analizar cómo se cierra la negociación por el tema del traslado de la cuestión legislativa e intentarlo.

SEÑORA PRESIDENTA.- ¿La Senadora Topolansky se refiere a intentar comenzar el viernes 19 a las 15 horas?

SEÑORA TOPOLANSKY.- Exactamente, pues esa es la propuesta que ha hecho el Senador Gallinal. Ahora bien, si sobre la hora vemos que no lo podremos lograr, conversaremos nuevamente.

SEÑOR GALLINAL.- En cuanto al tema de los aditivos, es lógico que se deba hacer consultas sobre algunos de ellos -aunque sobre otros ya sabemos de antemano la posición del oficialismo- pero perfectamente podemos organizarnos, como tantas otras veces lo hemos hecho. Me refiero a ir avanzando en cada Inciso y, en un momento determinado de la semana que viene, recibir una respuesta sobre los aditivos presentados. Eso también facilitaría el trabajo.

SEÑOR PENADÉS.- Ante todo, quiero decir que debemos tomar como base lo que plantea la Presidenta, con lo cual estoy de acuerdo. Aquí se plantea comenzar el viernes de tarde o el sábado, es decir que en realidad estamos hablando de muy pocas horas de diferencia. Ahora bien, tenemos que ser conscientes de que ese tiempo lo necesitan, fundamentalmente, los Senadores del Gobierno. Digo esto porque cantidad de Ministerios han quedado comprometidos a enviar artículos en los que se debía mejorar la redacción. A su vez, supongo que habrá consultas de carácter político a llevar adelante, lo que no sé si la Bancada podrá hacer entre el jueves y el viernes. Lo podemos intentar, pero pienso que lo peor es fijarnos tiempos que, de antemano, quizás no podamos cumplir. En ese caso, únicamente hacemos perder tiempo a otros, o que un grupo esté trabajando y otro esperando que el primero culmine su tarea.

Me parece que el viernes de tarde es una buena fecha, pero creo que los señores Senadores del Gobierno tendrán que marcar el *timing*, ya que son quienes deberán ponerse de acuerdo en una cantidad de temas acerca de los cuales todavía faltan algunas definiciones, correcciones, mejoras, y no sé si les dará el tiempo para realizarlas.

Lo que pedimos es que, si a cierta hora del viernes se sabe que no podremos comenzar a las 15:00, ello sea comunicado de inmediato a las otras Bancadas a fin de que podamos tomar las precauciones necesarias y no nos quedemos esperando inútilmente, o adelantando tiempo que luego perderemos.

Considero que lo peor es empezar y después ir hacia adelante y hacia atrás, desglosando, puesto que sería un proceder desprolijo y complicaría la labor de Secretaría.

SEÑORA PRESIDENTA.- Si me permite realizar una aclaración, señor Senador, considero que el desglose es inevitable.

SEÑOR PENADÉS.- Por supuesto, señora Presidenta.

SEÑORA PRESIDENTA.- Ahora bien, el desglose de lo que no está acordado, sea por la razón que sea, no estamos en condiciones de votar.

SEÑOR AMORÍN.- Señora Presidenta: por nuestra parte, vamos a estar a lo que resuelva la Mesa que, en definitiva, es la que tiene la responsabilidad en este tema. Como usted sabe, puede contar con nuestro apoyo en cuanto a temas procedimentales.

También señalamos que estamos en condiciones de venir a Comisión y votar a partir del viernes a las 15:00 horas.

SEÑOR MARTÍNEZ.- Considero que el tema ya está encaminado. En un principio, podríamos fijar reunirnos a las 15 horas. En nuestro caso, mañana de tarde tenemos la reunión de Bancada, por lo que pienso que los tiempos pueden ser suficientes. Entonces, fijemos esa hora y no hagamos de este asunto un debate político.

Sigamos avanzando y terminemos de recibir a los invitados, que están esperando afuera.

SEÑORA PRESIDENTA.- En realidad, este es un debate procedimental imprescindible, porque si no hay acuerdo, nada funciona.

SEÑOR MICHELINI.- Lo que haremos el viernes -si nos comprometemos a no hacer discursos sobre los artículos- es definir nuestra posición a favor o en contra, y enseguida proceder a votar. Luego desglosamos los artículos que puedan tener alguna variación o puedan ser de consulta. Si ese día trabajamos rápidamente, quizás podamos tratar una cantidad muy grande de artículos, ratificando o dejando de lado los que presenten problemas. En ese sentido, los restantes días podrán ser destinados a hacer consultas sobre las disposiciones que nos ofrecen dudas. Pero el viernes tenemos que establecer un ritmo de trabajo; de no ser así, no nos alcanza el tiempo.

SEÑOR LARRAÑAGA.- Señora Presidenta: me encontraba realizando otra tarea del quehacer parlamentario y no participé en el comienzo de esta discusión. Tampoco quiero ser el que "rompa el chiquero", pero me gustaría saber cuál sería el régimen de trabajo, porque para terminar el tratamiento del asunto tenemos lunes, martes y miércoles de mañana. El miércoles de mañana habría una sesión del Senado que puede postergarse para el jueves, ya que no hay asunto más importante que el Presupuesto. Por esa razón, no sé por qué tenemos que trabajar el viernes y, si mal no entendí, también el sábado.

SEÑORA PRESIDENTA.- Así es, señor Senador. Todo depende del ritmo de trabajo.

La idea, señor Senador, es destinar el jueves 18 y la mañana del viernes 19 a que las Bancadas trabajen internamente, comenzando el viernes a las 15:00 horas el trabajo de votación.

SEÑOR MICHELINI.- Si trabajamos de manera lenta, trabajaríamos el sábado también; si no, lo haríamos solo el viernes.

SEÑORA PRESIDENTA.- La metodología de votación es la de siempre: se va votando por la afirmativa o por la negativa, y el resto se desglosa.

SEÑOR HEBER.- Podemos votar por paquete si nos dan tiempo para trabajar. De esa forma, podemos venir con la decisión de que se desglosen determinados artículos y que se vote en paquete el capítulo. Reitero: si nos da el tiempo para hacer ese trabajo, lo haríamos mucho más rápido, ya que no iríamos artículo por artículo.

¿Cuántos días de votación son necesarios?

SEÑORA PRESIDENTA.- La tarde del viernes y dos días más.

SEÑOR HEBER.- Podríamos sesionar, entonces, los días lunes y martes, en cuyo caso el viernes tendríamos que votar 300 artículos. Es decir que habría que extender la sesión hasta cumplir con esa meta.

SEÑOR MICHELINI.- El viernes estaríamos votando los artículos que no tienen problema, por lo que habría que llegar a 350.

SEÑOR HEBER.- Estoy proponiendo votar 300 o 350 artículos porque es lo que podemos estudiar los días jueves y viernes. Después tenemos el fin de semana para estudiar los 600 que faltan.

SEÑORA PRESIDENTA.- En resumen, la votación en Comisión estaría comenzando el día viernes 19 a la hora 14, día en que habría que votar 350 artículos o más.

(Ingresa a Sala la delegación de la Administración de los Servicios de Salud del Estado)

-La Comisión de Presupuesto integrada con Hacienda tiene mucho gusto en recibir a la delegación de ASSE, Inciso 29, para la consideración del articulado correspondiente del Presupuesto Quinquenal.

SEÑOR CÓRDOBA.- Como Presidente del Directorio de ASSE, voy a hacer la presentación de los contenidos del Presupuesto, sobre todo para entender la distribución de los diferentes artículos, a los que luego se referirán los compañeros del equipo que nos acompaña.

Este Presupuesto fue elaborado en base a las necesidades del quinquenio en recursos humanos y materiales, teniendo en cuenta la profundización de la reforma, que tendrá como contenido los dos pilares no trabajados en la Administración anterior. El funcionamiento del sistema, la estructura y el acceso se vieron fortalecidos, asumiendo su rol de líder como prestador y tomando como norte, hoy sí, el cambio de modelo de gestión y de modelo de atención. Cuando hablamos del cambio del modelo de gestión, se deben tener en cuenta los compromisos de gestión, el desempeño de los equipos de dirección en cada nivel, el acercamiento del control y la monitorización de los frutos producidos periódicamente, con indicadores conocidos y acordados. Apuntamos al cambio en la atención con la jerarquización del primer nivel como puerta de entrada al sistema y, a la vez, puerta de salida de los equipos médicos a la comunidad. Los salones, clubes, CAIF, escuelas y liceos acompañarán, visualizarán y detectarán el entorno donde la gente se enferma. Así se termina un primer nivel en donde la persona se sienta en el consultorio a esperar, y se comienza con la aproximación interinstitucional de políticas sociales, lo cual nos acercará no solo a la infancia y a la adolescencia -que tanto nos duele hoy- sino al embarazo, a la primera infancia -donde se desarrollan las potencialidades del niño que viene a aprender- al núcleo que cría esos niños y a los modelos que allí se presentan.

Será en el escenario de la socialización primaria donde tendrán las mayores posibilidades, con lo aprendido de la ejemplificación de ser, estar, convivir, compartir, integrar, normalizar, etcétera. La socialización secundaria se hará con posterioridad, fuera del hogar, es decir, en el vecindario, en el CAIF, en el preescolar, en la currícula que le espera. Si la socialización primaria no permite estas posibilidades, es probable que después acusemos a nuestros niños de desertores o de que se desvinculan.

Esa currícula la siento cercana, interesante, útil y necesaria con mi cotidianeidad, la que será enriquecida y engrosada con la presencia del niño. No habrá salud mental si no actuamos en su entorno, porque hasta ahora las mediciones biológicas eran las que determinaban qué nivel de salud había en nuestro país. No mirábamos que el estudio de la doctora Garrido a nivel escolar hablaba de un 22% con trastornos psicoemocionales analizados, tales como agresividad, trastornos de conducta, hiperactividad, ansiedad y depresión. Hay 55.000 chicos. Quizás llegamos tarde. Entonces, es indispensable este primer nivel, los cambios de atención y la búsqueda de nuestros usuarios en el entorno y en la capacidad de mirar los grupos donde se forman -o no- nuestros niños como seres sociales.

El cambio de atención también quiere decir -y esto es algo para resaltar- un segundo y tercer nivel bien formados, equipados tecnológicamente y acordes a los tiempos actuales, pero que estén al

servicio del primer nivel, porque este es el que asegura la accesibilidad, la equidad, la universalidad, la integralidad y la continuidad del paciente en la familia y en la comunidad.

Brevemente, les he expresado los contenidos que tiene este presupuesto, que los compañeros de nuestro equipo van a desarrollar seguidamente.

SEÑOR BUCHINO.- Buenas tardes. Comenzaremos presentando las características de la Administración.

Como ustedes saben, a través de la Ley Nº 18.161, de agosto de 2007, se crea ASSE como un organismo descentralizado del Ministerio de Salud Pública. Nuestra misión es ser un prestador de referencia en servicios integrales de salud, basándonos en la atención primaria, con equidad, eficiencia y calidad, respondiendo a las necesidades y expectativas de la población. Por lo tanto, debemos contribuir al proceso de desarrollo humano, mejorando la calidad de vida de nuestra población a través de servicios de excelencia que brinden promoción, prevención y atención a la salud.

Tenemos una extensa red asistencial en todos los departamentos, con distintos niveles de complejidad en cuanto a los cometidos de organizar y gestionar estos servicios -en su modalidad preventiva y de tratamiento de enfermos- así como de coordinar con los demás organismos del Estado que prestan servicios de salud, procurando un máximo acceso, calidad y eficiencia. Formamos parte del Sistema Nacional Integrado de Salud, con cuya implementación contribuimos, garantizando los derechos constitucionales en materia de salud.

Por otra parte, tal como sostiene la Organización Panamericana de la Salud, la renovación de la estrategia de atención primaria en salud debe ser parte del desarrollo de este sistema, y debe ser la estrategia más adecuada para mejorar sostenible y equitativamente la salud de nuestra población.

En consecuencia, la reforma de la salud en curso nos ubica en el centro de las transformaciones sociales, económicas, políticas, éticas, morales y de justicia social. De alguna manera, esta reforma viene traduciéndose en los cambios de modelo de gestión, de modelo de financiamiento y de modelo de atención.

Con respecto al cambio de modelo de atención, se trata de sustituir el modelo previo por uno que privilegie la prevención y la promoción de la salud sobre la base de una estrategia específica, que es la APS -Atención Primaria de Salud- y poniendo énfasis en el primer nivel de atención de salud, sin aislarlo, sino integrándolo a todos los niveles de atención -secundario y terciario- mediante adecuados mecanismos de referencia y contrarreferencia. Ese cambio de modelo de atención supone, entonces, privilegiar una atención integral, poniendo especial énfasis -reitero- en las actividades de prevención y promoción de salud, intentando actuar sobre los entornos y los estilos de vida para modificarlos cuando no sean saludables, brindando protección frente a riesgos específicos y teniendo capacidad de diagnosticar precozmente las enfermedades y dar el tratamiento eficaz y oportuno que incluya medidas de rehabilitación de patologías y de cuidados paliativos.

En lo que refiere al cambio de modelo de gestión, se debe asegurar la coordinación y la complementación de los servicios públicos y privados, la profesionalidad, la transparencia y la honestidad en la conducción de las instituciones y el involucramiento de los trabajadores y usuarios en la esfera de la toma de decisiones, siendo además partícipes activos de estas. Por otra parte, esa reorientación del sistema de salud precisa reajustar los servicios hacia la promoción y la prevención, lo que requiere asignar funciones apropiadas en todos los niveles de gestión e integrar los servicios de salud pública y de atención personal.

Desde el inicio del último período de Gobierno, ASSE comenzó un proceso de transformación que incluyó el diseño, la implementación y el desarrollo de cambios muy significativos en infraestructura, en adquisición de tecnología y en mejora de condiciones laborales y remuneración de todo su personal asistencial y administrativo, pero lo cierto es que debe continuar por ese camino para poder profundizar los cambios. Ello implica trabajar en una serie de direcciones -lo que se refleja en el articulado que hemos elaborado para el presupuesto- en forma integrada con el resto de los efectores públicos de salud. De hecho, la propuesta de conformar una red asistencial pública mediante una red integrada de efectores públicos, resulta fundamental para que todos los desarrollos -actuales y futuros- sean diseñados bajo una nueva y fuerte concepción de una única organización como red articulada de

servicios. Quizás este sea el aspecto más importante de la propuesta de un rediseño organizativo en forma de red de servicios de salud del Estado, que debe constituir el núcleo central de la futura red integrada de efectores públicos de salud. La red ASSE y la RIEPS -Red Integrada de Efectores Públicos de Salud- determinan la necesidad de descentralizar en múltiples dimensiones: ASSE-Ministerio de Salud Pública, descentralización territorial y descentralización interorganizacional. También exige la participación de los trabajadores y de los ciudadanos, la coordinación de recursos públicos, el desarrollo organizacional por niveles asistenciales y coordinación para la continuidad asistencial, así como lograr servicios anticipativos y resolutivos basados en la mejor evidencia disponible. A su vez, exige transparencia en la comunicación, proximidad asistencial a los ciudadanos y al territorio, una fuerte transformación y renovación del capital humano y una nueva vinculación universitaria fuerte como estrategia de desarrollo.

El desarrollo de la APS como estrategia institucional es una realidad. En el período anterior y hasta el momento, ASSE solamente tiene conformada la Red de Atención Primaria en el departamento de Montevideo. Si bien en el interior existían policlínicas y centros de atención, no estaban conformados como una red integrada de servicios; la experiencia de Montevideo, por tanto, debía ser extrapolada a nivel departamental. En consecuencia, había que empezar a modificar esa concepción "hospitalocéntrica" de los servicios, determinada por una distribución de recursos a nivel de los Centros Departamentales de Salud que, naturalmente, priorizan el desarrollo del segundo nivel asistencial en detrimento del primero.

Esa deficiencia se presenta en materia de recursos humanos, pero también en materia de recursos económicos y financieros. Por ende, es fundamental comenzar a dotar de un primer nivel de atención departamental con un presupuesto propio y autonomía respecto a los otros escalones asistenciales. Sobre esa base, hemos planificado estrategias que nos permitan organizar el desarrollo de una Red de Atención del Primer Nivel de ASSE. Debemos promover el desarrollo de la APS con un enfoque en los determinantes de salud y una gestión participativa con control social y evaluación de resultados, así como definir un sistema de referencia y contrarreferencia que posibilite la continuidad asistencial, elevar la accesibilidad y la equidad en el área rural fortaleciendo el componente salud del Plan de Impacto Habitacional, y fortalecer la descentralización de la gestión y la transferencia de los recursos del Primer Nivel de Atención.

Estos son algunos de los lineamientos en los que nos guiamos al momento de elaborar el proyecto de ley de Presupuesto, por lo que estamos en condiciones de pasar a explicar cada uno de los artículos. Previamente quiero presentar al equipo que nos acompaña, porque algunos de los artículos serán comentados, dada su especificidad, por quienes lo integran. Nos acompaña la doctora Cecilia Greyf, responsable de la Unidad de Negociación del Directorio, la doctora María Miralles, Adjunta de la Gerencia General, y la doctora Alicia Ferreira, Gerenta Asistencial.

SEÑORA PRESIDENTA.- Pasamos, pues, a la consideración del artículo 697.

SEÑORA GREYF.- El artículo 697 refiere a la constitución de "Comisiones Honorarias con el único cometido de administrar y ejecutar proyectos previstos en el Plan de Inversiones Públicas". Es un artículo complementario del artículo 533 del Inciso 12 Ministerio de Salud Pública en el proyecto de ley aprobado por la Cámara de Representantes. Dichas Comisiones fueron creadas por el artículo 436 de la Ley Nº 16.170 en la órbita del Poder Ejecutivo. Con la nueva disposición se procura actualizar y ajustar la normativa al estatus jurídico que detenta ASSE a partir de la promulgación de la Ley Nº 18.661, que creó ese organismo como servicio descentralizado, sustituyendo al organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública.

Evidentemente, la naturaleza jurídica del servicio descentralizado de ASSE y los nuevos desafíos en materia de descentralización y gestión de recursos públicos, determinan la necesidad de ajustar la normativa aplicable a las Comisiones de Obras, en particular a sus fines y cometidos.

SEÑOR SOLARI.- Además de saludar a la delegación, quiero puntualizar que el artículo 697 y el 533 disponen exactamente lo mismo y deciden una misma materia. El artículo 533, dice: "Las Comisiones Honorarias de Administración y Ejecución del Proyecto del Plan Nacional de Inversiones constituidas o a constituirse al amparo de lo previsto por el artículo 436 de la Ley Nº 16.170, de 28 de diciembre de 1990, con el cometido de administrar y ejecutar proyectos previstos en el Plan de Inversiones de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, serán designadas y se encontrarán jerárquicamente subordinadas de modo directo al Directorio de dicho Servicio y sus resoluciones

tendrán naturaleza jurídica de acto administrativo”. Quiere decir que uno de los dos artículos es redundante.

SEÑORA GREYF.- El artículo 698 refiere a la autorización para adquirir, enajenar y/o gravar bienes muebles y/o inmuebles.

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Nº 18.161, el Servicio Descentralizado ASSE ha quedado integrado, entre otros, por activos y pasivos que le han sido transferidos del órgano desconcentrado ASSE y por las donaciones y legados que reciba respecto de los cuales tiene las facultades de administración que le acuerda la ley. Sin embargo, no cuenta con una norma específica que autorice la venta de sus inmuebles ni la adquisición de aquellos que considere necesarios para el mejor cumplimiento de sus fines. Por ello, se entiende pertinente -y así se propone- que se autorice al Servicio Descentralizado ASSE a adquirir inmuebles y a enajenar y/o gravar los bienes o inmuebles de su propiedad de acuerdo con las necesidades del servicio.

SEÑORA PRESIDENTA.- Si los señores Senadores no desean referirse a este punto, pasamos a considerar el artículo 699.

SEÑORA GREYF.- Este artículo refiere a la estructura de mandos medios. Desde la pasada administración, ASSE realizó una reestructura salarial en sus mandos medios. El nuevo Directorio, en el marco de la reestructura salarial que viene propiciando el organismo, resolvió asignar niveles de remuneración diferencial a aquellos funcionarios que se desempeñan como titulares de Direcciones de Departamentos y Servicios en todas las Unidades Ejecutoras de ASSE. La referida reestructura no alcanzó a la totalidad de los mandos medios -en virtud de la insuficiencia de economías dispuestas- sino solo a un nivel diferencial por debajo de los equipos gerenciales, quedando el resto sin reestructurar, entre ellos, las jefaturas de servicios sobre todo del área asistencial.

SEÑOR ABREU.- Entiendo que esta reestructura no es administrativa, sino exclusivamente salarial de mandos medios. Por lo tanto, quisiera saber si hay alguna reestructura de racionalización administrativa, clasificación de cargos, número de puestos y recursos humanos que acompañe este tipo de decisión, o si esto queda exclusivamente en reestructura salarial para mandos medios. También me gustaría que se informara acerca de qué quiere decir mandos medios desde el punto de vista de la clasificación de cargos de ASSE.

SEÑORA GREYF.- La reestructura salarial es parte de una reestructura administrativa mucho mayor. ASSE tiene -quizás como herencia del Ministerio de Salud Pública- una pirámide muy distorsionada, por lo cual en los últimos tiempos se ha pretendido crear una estructura de cargos; la parte salarial es importante.

Respecto a lo que se entiende por mandos medios, se plantea que algunos, como los Jefes de Departamento, ya fueron considerados a fines del año pasado, mientras que lo que resta analizar para este nuevo período son las jefaturas intermedias, las jefaturas de los servicios tanto en el área asistencial como administrativa.

SEÑOR MOREIRA.- Cuando tuvimos oportunidad de contar con la presencia del señor Ministro en el Senado, en régimen de Comisión General, aproveché para preguntarle si la reestructura gerencial tenía por objeto, sobre todo, contemplar resoluciones que creo fueron tomadas en junio o julio de este año. Quisiera saber, pues, si estas partidas ya están cubiertas.

A su vez, en la ley que establece las modificaciones y encomienda a ASSE la parte asistencial, hay un artículo que prevé la adquisición de bienes inmuebles -que aquí está repetido- y vimos que se había solicitado autorización al Poder Ejecutivo para la expropiación de uno o dos de los inmuebles, o dos del Hospital Italiano. ¿Este artículo tiene que ver con eso?

SEÑORA GREYF.- No, señor Senador.

SEÑOR PENADÉS.- En relación con este artículo, ¿a cuántos funcionarios nos estamos refiriendo cuando se habla de mandos medios?

SEÑORA GREYF.- Respecto al artículo anterior, el tema de la enajenación no tiene nada que ver con el trámite de expropiación.

En cuanto a la reestructura de mandos medios, podemos decir que involucraría, a modo de ejemplo, al Jefe de Servicio de Enfermería de un Hospital o al Jefe Administrativo de una unidad ejecutora o del casco central.

Respecto a la gente que puede alcanzar esta reestructura, sinceramente, en este momento no recuerdo la cifra; pueden ser cientos de personas.

SEÑORA PRESIDENTA.- De todas maneras, cualquier información que quede pendiente puede ser enviada posteriormente.

SEÑORA GREYF.- El artículo 700 refiere a una partida para abonar el mayor horario. A partir de la Ley Especial Nº 7, el mayor horario se estableció como una proporción obligatoria del sueldo, lo que fue derogado respecto de la Administración Central, por la Ley Nº 18.172, y no así para ASSE. Por la presente norma, se pretende regularizar ese renglón para pagarlo como se está haciendo ahora en la Administración Central. Esto, además, fue producto de un convenio que se firmó en el año 2009 con la Federación de Funcionarios de Salud Pública, por el que se fijó un cronograma de pagos. Entonces, lo que se pretende es dar cumplimiento a ese convenio.

SEÑOR SOLARI.- Aquí se observa una partida de $ 180:000.000 para el ejercicio 2010 y otra distinta para el ejercicio siguiente. Lo que llama muchísimo la atención, y cuestiono su legalidad, es que se establezca una partida para el año 2010 en una ley que va a entrar en vigencia a partir del 1º de enero de 2011.

SEÑORA GREYF.- A lo que hacía referencia es a que hay un acuerdo suscrito con la Federación de Funcionarios de Salud Pública en el que se previó un cronograma de pagos del renglón denominado mayor horario que la Administración estaba pagando de manera errónea. Se hizo una transacción en ese momento, se comprometió determinado presupuesto para el año 2010 y por eso ahora se solicita esta partida.

SEÑOR SOLARI.- Quisiera saber si ese acuerdo y, por lo tanto, la obligación presupuestal así generada, contó con el visto bueno del Tribunal de Cuentas de la República porque, en definitiva, se compromete un gasto a cargo del Estado que no tiene respaldo presupuestal.

SEÑORA GREYF.- El acuerdo fue suscrito como un convenio colectivo, estando presentes todas las partes que prevé la ley de negociación colectiva.

SEÑOR HEBER.- No sé si entiendo bien. Esto es, entonces, un incumplimiento de la Administración - que mantenía una deuda con los funcionarios- y ahora, en el marco del convenio, lo estamos pagando. Según mis cálculos, son US$ 54:000.000 en los cuatro años, porque se establece $ 271:000.000 por año. ¿Estos US$ 54:000.000 provienen de un incumplimiento de la Administración anterior con los funcionarios?

SEÑORA GREYF.- Se trata de un incumplimiento que se generó hace mucho tiempo y este es un convenio colectivo con un acuerdo transaccional, mediante el cual se propone solucionar este reglón de mayor horario. Hay que ver las condiciones de este artículo en particular. Debe tenerse presente que todos los funcionarios de la salud trabajan, prácticamente, en régimen de 36 horas. La interpretación que se estaba haciendo era que aquel funcionario que trabajaba seis horas semanales más, con una remuneración promedio básica de $ 10.000, recibía $ 248 por estas horas adicionales; inclusive, esto había generado algunos reclamos judiciales. En ese momento, se evaluó hacer una transacción a través de un convenio colectivo para comenzar a regularizar la situación. ASSE tiene muchas partidas extraordinarias, como la atención directa al paciente y otras que implican un aumento importante en el salario total del trabajador. Eso es lo que, de alguna manera, explica por qué se hizo ese acuerdo a pagar en varios años.

SEÑOR HEBER.- Hace mucho tiempo se pagaba mal a los funcionarios y hubo una instancia en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en la que se firmó un convenio colectivo que reconoció esta

deuda. No tenemos antecedentes de convenios colectivos, pero en este caso sí hay uno que reconoce esta deuda con los funcionarios y se hace esta transacción que lleva a que el Erario Público pague US$ 54:000.000 en cuatro años. Hago esta reflexión simplemente para entender el proceso.

SEÑORA GREYF.- Voy a hacer una pequeña precisión sobre el término "transacción". Quizás haya un reconocimiento implícito, pero en la transacción ambas partes dejan cosas de lado. En ese momento, se evaluó que lo mejor era empezar a pagarlo de ahí en adelante, progresivamente, porque el renglón recién se va a corregir en el año 2013 o 2014. Los funcionarios accedieron a no recibir retroactividad y así se acordó.

SEÑOR HEBER.- Tenemos diferente opinión sobre lo que son los malos acuerdos y los buenos acuerdos; hay que defender la Administración o no, pero se debe tener en cuenta que son US$ 54:000.000.

SEÑOR MINISTRO.- Quisiera hacer algunos comentarios. Personalmente participé del convenio que mencionaba la señora Greyf como Director General durante el período anterior. Obviamente, las Administraciones previas a 2005 pagaban mal ese criterio, porque lo hacían sobre la base de que el mayor horario solo se computaba sobre el salario base. En ese momento, nosotros entendimos que era necesario corregir esa situación. Hacerlo para atrás en el tiempo hubiera sido inabordable por el Presupuesto general y, por lo tanto, se acordó con los funcionarios corregirlo para adelante y en forma gradual. Efectivamente, los US$ 54:000.000 son el resultado de pagar bien el mayor volumen horario en función de cómo se paga en el Derecho Laboral común y corriente. Repito, se pagaba mal y tuvimos que asumir una situación que venía siendo reclamada por la Federación desde mediados de los noventa.

SEÑOR SOLARI.- Quiero preguntar específicamente al señor Ministro si hay algún dictamen de la Justicia Laboral que indique o respalde la afirmación que acaba de hacer con respecto a que, desde el año 2005 para atrás, se pagaba mal y después se pagó bien.

La segunda pregunta ya la formulé y no fue contestada. Me refiero a si este acuerdo del que se habla contó con el visto bueno del Tribunal de Cuentas, que es el organismo que dictamina sobre la legalidad del gasto. Aparentemente, acá hay un gasto que ya se efectuó, por lo menos en el año 2010, y parece no haber tenido crédito presupuestal. Por eso se está creando esta partida irregularmente en el Presupuesto que va a correr a partir del 1º de enero de 2011 para cubrir un gasto de 2010.

SEÑOR MINISTRO.- Justamente, los acuerdos con los sindicatos se realizan para evitar llegar a la Justicia Laboral. Este no es el momento de profundizar en el tema -tendríamos que dedicarle una sesión especial- pero es muy claro que en el mayor valor horario, cualquier hora extra o sexto día, se calcula como porcentaje del total de las remuneraciones y no sobre el salario base. A través de esta transacción, impedimos la intervención de la Justicia Laboral.

SEÑOR ABREU.- Estaba analizando algunos artículos como el 701 y el 705 y quisiera que ASSE me brindara cierta información al respecto.

Si observamos a ASSE como organización, vemos que obviamente tiene programas definidos, objetivos, metas, se le asignan recursos financieros, humanos y materiales, y cuenta con un número importante de funcionarios; hay un juego institucional de ajuste vinculado a las Comisiones de Apoyo y al Patronato del Psicópata. Concretamente, quisiera saber cuál es la carga de cargos que existe dentro de ASSE. ¿Está definida la estructura orgánica funcional? ¿Hay clasificación de cargos? Por ejemplo, en el artículo 701 se menciona "una partida de $ 27:448.986 anuales, con destino a remuneraciones de los recursos humanos asignados a la reestructura de todo el servicio informático de dicha Administración". Por lo tanto, parecería que la reestructura se fuera ajustando en función de determinadas áreas y no desde el punto de vista sistémico de ASSE.

Reitero, mis preguntas son: ¿ASSE está encarando una reestructura organizativa que vaya tomando los costos de cada uno de los aspectos? ¿Cuál es la carga funcional que tiene? ¿Qué relación tiene esto con el nuevo relacionamiento con las Comisiones de Apoyo y el Patronato del Psicópata? Sinceramente, no me queda claro cuántos funcionarios hay, qué objetivos tiene ASSE, qué programas efectivos se plantea y cuáles son sus metas, más allá del estudio inorgánico que podamos

hacer de un articulado superpuesto y sin una referencia simple y sistémica que nos permita interpretar algunos de los artículos.

Por ejemplo, en el artículo 702 con respecto a que "Los funcionarios de la Administración de los Servicios de Salud del Estado que, sin tener causal jubilatoria, fueren o hayan sido destituidos por ineptitud física o mental, en los casos en que el Banco de Previsión Social haya declarado una incapacidad de carácter temporario para el ejercicio del cargo presupuestal sujeta a revisión…", honestamente, me da la sensación de que tiene nombre y apellido o varios nombres y apellidos. De repente no los tiene, pero habría que ver cómo se maneja este tema. Lo importante es ver en el Presupuesto cuáles son los Programas prioritarios de ASSE y qué recursos se les asigna. Aquí se está hablando de millones y millones de pesos.

El artículo 705 habla de crear hasta 4.500 cargos en el ejercicio 2012 y hasta 2.400 cargos en el ejercicio 2013, es decir que estamos hablando de miles de funcionarios o de cargos, lo que no quiere decir de puestos porque a veces hay varias personas que ocupan el mismo cargo.

En definitiva, la información básica es saber cuántos funcionarios tiene ASSE, cuáles son los programas básicos, cuál es el concepto de reestructura que tiene desde el punto de vista salarial y si dicha reestructura es integral. Realizo esta reflexión con el ánimo de obtener información adicional, no lo hago simplemente por el juego de molestar con las preguntas.

Muchas gracias.

SEÑOR MOREIRA.- Tengo una duda con respecto al artículo 700, que por lo que veo implica una compensación por mayor horario que perciben los funcionarios de ASSE. Esos son funcionarios públicos; distinto es el caso de los funcionarios de las Comisiones de Apoyo y del Patronato del Psicópata. En la misma línea de la consulta del señor Senador Abreu, quisiera saber si estos funcionarios no perciben compensación por mayor horario y si sus compensaciones son sustancialmente diferentes a las de los funcionarios públicos que pertenecen a la Federación de Funcionarios de Salud Pública. Creo que, en estos casos, se establecen dos territorios muy diferentes, por eso nos gustaría conocer esa información.

SEÑORA GREYF.- Voy a tratar de hacer un pequeño resumen con respecto a la situación actual de ASSE.

El tema de las Comisiones de Apoyo y del Patronato del Psicópata quizás parezca algo menor, pero no lo es. Actualmente, contando las personas que trabajan en las Comisiones de Apoyo, tanto la 068 como las locales, y el Patronato del Psicópata, ASSE tiene alrededor de 30.000 funcionarios. Entre ellos se han hecho distintas estructuras y reestructuras con el correr de los años y, en este punto, voy a dejar para más adelante lo relativo a informática porque tiene particularidades. Los artículos que refieren básicamente a la regularización de las Comisiones de Apoyo y a creaciones de cargos, simplemente proponen regularizaciones de la situación de aquellas personas que estaban en las Comisiones de Apoyo, tanto en las locales como en la 068 -que es la central y la que cuenta con más personal- y en el Patronato del Psicópata. Se trata, sobre todo, de un proceso de regularización en cuanto a la cantidad de cargos. Con respecto al dinero que se solicita allí, quiero aclarar que ello se debe a que las cargas sociales de los funcionarios que se desempeñan en las Comisiones de Apoyo y en el Patronato del Psicópata son menores a las que tienen en el Presupuesto de ASSE, con lo cual, a efectos de mantener los derechos que hoy tienen esos funcionarios -que hace quizás veinte años que están trabajando en la Comisión de Apoyo 068- se incorporó a la Ley de Presupuesto la solicitud para poder pagar las partidas previsionales. Esa es la situación general, pero la reestructura se está llevando a cabo porque la pirámide de ASSE estaba bastante distorsionada.

Con relación a la creación del cargo del Departamento de Informática, debo decir que la propuesta se debe a las debilidades que existen en la gestión y en la toma de decisiones por causa de los temas informáticos. Como se sabe, los recursos informáticos son bastante caros, tanto en el ámbito público como en el privado, y los recursos humanos son escasos. La reestructura que se está realizando en esa área es muy particular y refiere a todo el sistema informático. A su vez, ASSE está implementando nuevas herramientas, como el Escritorio Clínico y el XFS, el Plan Aduana en todo el interior y un programa de block quirúrgico que, según tengo entendido, no existe en el sector privado y

demanda una mejora en la cantidad y en la calidad de los recursos humanos con que cuenta el área, sobre todo, en la parte de informática.

El artículo 702 refiere a la causal jubilatoria; contempla la situación de aquellos funcionarios que, tras una declaración de incapacidad no permanente y definitiva, son acogidos por el organismo previsional de forma temporaria y desvinculada definitivamente de la Administración, encontrándose ante una eventual recuperación, sin fuente de trabajo y sin derecho jubilatorio. Esta modalidad se propone en lugar de la reserva del cargo por ser más ventajosa para la Administración, ya que la misma podrá utilizar la vacante producida tras la desvinculación del funcionario, el cual, si se dan las condicionantes requeridas por la norma, podrá solicitar su reingreso acudiendo a la Administración, a la aplicación del procedimiento dispuesto por el artículo 21 de la Ley Nº 16.736.

SEÑOR HEBER.- No entendí muy bien a qué lugar reingresaría ese funcionario. Si una persona padece de incapacidad temporaria por un año y la Administración otorgó el ascenso correspondiente - porque no va a estar esperando a concretar los ascensos en función de que la incapacidad sea permanente o temporaria- cuando reingresa, ¿lo hace al último grado del escalafón o al cargo que dejó vacante y por el que se produjo el ascenso? Si el cargo está ocupado, ¿se crea uno nuevo o baja quien fue ascendido?

SEÑORA GREYF.- Entra al cargo de ingreso.

SEÑOR HEBER.- ¿Al último grado del escalafón?

SEÑORA GREYF.- Así surge de la redacción de la norma.

SEÑOR HEBER.- Supongamos que se trata de un Jefe, que tiene un salario importante. Si esta persona en el día de mañana sufre una enfermedad y reingresa, no podría hacerlo en el último grado del escalafón, porque no estaría ingresando en el nivel salarial que tenía antes de abandonar su cargo, pues estaría perdiendo salario.

SEÑOR MARTÍNEZ (Julio).- Antes que nada, queremos decir que el trabajador que se encuentra en esa situación está totalmente desamparado. ¿Por qué decimos esto? Porque al trabajador que atraviesa un estado transitorio de incapacidad, cuyo baremo -de acuerdo con lo que determinan ASSE y el Banco de Previsión Social- no da para una incapacidad total, se le otorga un plazo de hasta 3 años, que puede ser renovable. Ahora bien, si la incapacidad no se vuelve definitiva y la Junta Médica entiende que el baremo es menor al que dio origen a esa incapacidad, el funcionario va a quedar totalmente desprotegido. La solución que actualmente propone ASSE, de alguna forma, está en concordancia con la que planteó la Oficina Nacional del Servicio Civil para los funcionarios de la Administración Central, que se recoge en el artículo 44 del presente cuerpo normativo.

Entendemos la preocupación del señor Senador en cuanto a la reincorporación de ese funcionario. De pronto, la solución podría pasar por una consulta a la Oficina Nacional del Servicio Civil, porque si el funcionario ingresa en el grado más bajo, se vería vulnerada la carrera administrativa. Aquí tenemos que pensar en la diferencia o en el salto cualitativo que hoy en día representa el hecho de que ese trabajador, ¡vaya a saber con cuántos años!, quede en la calle. Quizá la Oficina Nacional del Servicio Civil podría echar luz sobre si debe ingresar al grado que tenía cuando le ocurrió la afección, o al grado de ingreso.

SEÑOR ABREU.- A efectos de que quede constancia de la consulta a la Oficina Nacional del Servicio Civil quiero decir que, desde el punto de vista jurídico, estamos hablando de una destitución que se concreta en un acto administrativo, y en el que el trámite diría: “Destitúyase a Fulano de Tal por”. Esto es lo que dice el artículo: que la destitución ha sido por incapacidad. En función de ella, se pone fin a la relación entre el funcionario y la Administración.

Si el funcionario ha sido destituido, más allá de que esté en una especie de tránsito, el ingreso debería hacerse como si fuera un nuevo funcionario, porque la destitución no puede ser una “desti” y no “tución”.

Desde el punto de vista jurídico, lo que tenemos que ver es en qué nivel ingresa ese funcionario. En realidad, ingresaría como nuevo y no como restituido; porque si no, si se trató de una destitución parcial -por así decirlo- va a reclamar con todas las de la ley, que tiene derecho a volver con el nivel salarial y el cargo que ocupaba con anterioridad a haber contraído la incapacidad que dio lugar a su cese. Por eso este artículo no me convence, porque estamos hablando de un acto administrativo de destitución, aunque se trate de incapacidad temporal o parcial. El tema es que la persona destituida no está vinculada a la organización por ningún nexo jurídico hasta que se decida su ingreso como un tercero, más allá de sus derechos. Lo menciono para que la Oficina Nacional del Servicio Civil interprete, desde el punto de vista administrativo, y se pronuncie sobre si ese es un acto administrativo. Todos deberíamos aprender del Manual de Sayagués Laso, porque es uno de los más importantes.

SEÑORA PRESIDENTA.- Aquí se mencionó el artículo 44 de este proyecto de ley, propuesto por la Oficina Nacional del Servicio Civil, que dice que los cargos de aquellos funcionarios amparados en el subsidio transitorio por incapacidad parcial -artículo 22 de la Ley Nº 16.713 de la Seguridad Social- permanecerán en reserva hasta tanto se resuelva en forma definitiva su situación. Quiere decir que lo que propone la Oficina Nacion al del Servicio Civil para todos los Incisos, sería una reserva del cargo.

SEÑOR HEBER.- Aquí se complica un poco más la situación. Según entiendo, el artículo 44 establece con carácter general la reserva del cargo. Es decir, alguien que está enfermo y padece una incapacidad parcial, cuando se recupera vuelve porque su cargo está reservado. Eso queda claro en el artículo 44. Sin embargo, el artículo 702 complica la situación porque de acuerdo a la observación del Senador Abreu se habla no de subsidio por incapacidad parcial, sino por destitución. Entiendo que de esta forma se ingresa a otro terreno; ya no se trata de una persona que tiene un subsidio por incapacidad parcial, sino de una persona que fue destituida. En este caso, se habla de una nueva figura y no de la que menciona el artículo 44.

El artículo 44 hace referencia a una persona que cobra un subsidio temporal por incapacidad parcial y que tiene su cargo en reserva, pero aquí hablamos de destituidos. El funcionario fue destituido y tuvo la instancia de sumarse al subsidio por incapacidad parcial. Sin embargo, parecería concluirse que fue destituido por el Senado de la República por ineptitud física, no por incapacidad parcial.

Quizá la Administración no quiera hablar de destitución, en ese caso, se trataría de volver a tomar al destituido. No comprendo para qué se destituye a una persona con incapacidad parcial, cuando esa incapacidad parcial se puede amparar con un subsidio temporal.

De acuerdo al artículo 44, la persona que padece una incapacidad parcial vuelve al cargo que le corresponde porque le fue reservado. Me preocupa que hablemos de la buena actitud de los administradores -en este caso de ASSE- y de sensibilidad social frente a los trabajadores, cuando una persona pierde su carrera administrativa por haber estado un año enferma. Esto me parecería muy injusto, porque la persona contrae una enfermedad que no le permite trabajar durante un año, pero cuando se reintegra vuelve al inicio, como si fuera el juego del Ludo. Pienso que no estamos hablando de destituciones, sino de incapacidad parcial y de un subsidio. En ese caso no se perjudicaría al trabajador.

Por otra parte, quisiera agregar que si se incorporara una norma de este tipo, me parecería injusto que se hiciera solo para el caso de ASSE. En realidad, me parece que esta medida debería estipularse para toda la Administración, de modo que todos seamos iguales ante la ley y que no haya una disposición que recaiga exclusivamente en aquellos funcionarios que tienen la desgracia de enfermarse y tener una incapacidad parcial.

SEÑORA PRESIDENTA.- Me permito sugerir que ASSE haga la consulta correspondiente a la Oficina Nacional del Servicio Civil, o internamente, y luego nos envíen sus conclusiones con respecto a este artículo, es decir, si lo reitera tal cual está o si le hace una modificación. A la luz de las ideas debatidas acá, creo que ASSE puede volver a resolver por lo que, repito, esperaríamos que nos envíen ya sea la ratificación o una redacción alternativa. A su vez, deberíamos consultar a la Oficina Nacional del Servicio Civil por qué no se extiende a todos los funcionarios.

SEÑOR GALLINAL.- Creo que es importante lo que planteaba el Senador Heber en el sentido de que, si vamos a aprobar un artículo de estas características para ASSE, no entiendo por qué no se puede

hacer lo propio para toda la Administración Pública o, mejor dicho, para todos los funcionarios del Estado. En realidad, aquí hay un problema de fondo -que es el que habría que tratar de resolver- y es que el Banco de Previsión Social, al momento de otorgar las pensiones, tiene un criterio mucho más restrictivo que el resto del Estado cuando formaliza una destitución por incapacidad. Puede suceder que se destituya a un funcionario público por incapacidad, luego se presenta ante el Banco de Previsión Social para cobrar la pensión correspondiente, lo examina la junta médica -no del organismo por la que fue destituido, sea Salud Pública, una Intendencia Municipal, un ente autónomo o un servicio descentralizado, sino del BPS- y concluye que no es incapaz, que es parcialmente incapaz o que ha dejado de ser incapaz. En este caso, el trabajador fue destituido por su incapacidad, pero no le corresponde la pensión debido al criterio restrictivo del Banco, porque todos conocemos que lo ha aplicado en muchos otros casos. Uno es el que paga y el otro, que destituye, es el que deja de pagar.

En definitiva, opino que la consulta a la Oficina Nacional del Servicio Civil debería tener un carácter más general en ese sentido. Planteo esta reflexión para que conste en la versión taquigráfica, ya que me parece que se trata de un problema que vivimos en todos los organismos del Estado en forma permanente.

SEÑOR ABREU.- El principio general es que quien está sometido a una junta médica y esta declara su incapacidad parcial, no queda desvinculado de su relación funcional.

SEÑORA PRESIDENTA.- Hay una reserva del cargo.

SEÑOR ABREU.- Efectivamente, si hay una reserva del cargo, no hay un acto de destitución, porque si se trata de una incapacidad temporal el funcionario no puede ser destituido, luego decirse que no padecía una incapacidad, y hacerlo reintegrar. Aquí hay una incongruencia. Sí es cierto -como planteaba el Senador Gallinal- que debe haber un juego cruzado entre el Banco de Previsión Social -que aplica un criterio distinto a través de juntas médicas- y el principio general en materia de Administración. Es decir, cabe la posibilidad de que la persona se recupere de la incapacidad parcial y, por ende, regrese, pero no se la puede destituir por incapacidad parcial porque en ese caso no vuelve nunca más.

SEÑOR RUBIO.- Considero que es pertinente la sugerencia de la señora Presidenta en cuanto a hacer las consultas correspondientes porque, en realidad no sé si lo que se debe revisar es el artículo 702 o el 44. Aquí se plantea un problema, ya que hay una situación que considero no está prevista en el artículo 44. Se prevé la destitución por ineptitud física o psíquica permanente, pero lo que no se prevé en el artículo 44 es que luego de la destitución, la situación cambie con el transcurso del tiempo.

El penúltimo inciso refiere a incapacidad parcial. En cambio, antes dice: “Dispuesta la destitución por ineptitud física o psíquica permanente, el BPS,…”

SEÑORA PRESIDENTA.- No, señor Senador. Yo me refiero al penúltimo inciso del artículo 44, que establece: “Los cargos de aquellos funcionarios amparados en el subsidio transitorio por incapacidad parcial…”y sigue “permanecerán en reserva hasta tanto se resuelva en forma definitiva su situación". Es decir que está previendo que va a haber una resolución definitiva acerca de su incapacidad; o se convierte en permanente o se reintegra.

SEÑOR RUBIO.- Propongo que hagamos la consulta correspondiente.

SEÑORA PRESIDENTA.- Eso fue lo primero que sugerí.

SEÑOR RUBIO.- Consultemos acerca de la congruencia entre estos dos artículos.

SEÑOR SOLARI.- Hay dos criterios relativos a la incapacidad que creo están jugando en este diálogo. Uno de ellos es la naturaleza temporal, transitoria o definitiva, y la otra es la naturaleza biológica de incapacidad parcial o total.

Por lo tanto, creo que sería conveniente, tal como fue sugerido, que la consulta se realizara no solo a la Oficina Nacional del Servicio Civil, sino también al Banco de Previsión Social.

Muchas gracias, señora Presidenta.

SEÑORA PRESIDENTA.- Así se hará, señor Senador.

SEÑOR LARRAÑAGA.- De ser posible, que la respuesta venga antes de que termine el Presupuesto.

SEÑORA PRESIDENTA.- Tomaremos en cuenta también su recomendación, señor Senador.

Continuamos con el articulado.

SEÑORA GREYF.- El artículo 703 prevé una convalidación normativa relativa al Servicio Desconcentrado ASSE**,** básicamente en aras del principio de seguridad jurídica, a efectos de evitar interpretaciones caso a caso, y en tanto ASSE proceda a regular - en la forma que entienda que corresponde- cada uno de sus aspectos. Involucra un sinnúmero de normas, de diferente categoría, que atribuían al Ministerio de Salud Pública cometidos, facultades, derechos y deberes con relación a servicios asistenciales que las mencionadas leyes pusieron a cargo de ASSE y que deben entenderse referidos a la misma.

SEÑOR SOLARI.- Creo que este artículo, con el cual estoy totalmente de acuerdo, ameritaría una redacción más clara. Me da la impresión de que la parte fundamental es la frase final, donde se establece que "están referidas al ex servicio desconcentrado ASSE".

Lo que se está buscando es que ASSE tenga todos aquellos "cometidos, facultades, derechos y deberes" que las normas le atribuían al ex Servicio Desconcentrado ASSE cuando estaba dentro del Ministerio de Salud Pública. Me parece que es eso lo que se busca, que no es exactamente lo que se establece en el artículo puesto que de la expresión "Declárense aplicables" -derechos aplicables o cometidos aplicables- no queda claro que, realmente, el nuevo organismo ASSE queda con las mismas facultades, deberes, etcétera que tenía el Servicio Desconcentrado cuando estaba dentro del Ministerio de Salud Pública.

Muchas gracias, señora Presidenta.

SEÑORA PRESIDENTA.- El Ministerio considerará la sugerencia y, si lo entiende pertinente, podrá enviar una nueva redacción.

Continuamos con la consideración del artículo 704.

SEÑORA GREYF.- Este artículo refiere a los descuentos por hospitalidades.

Había una disposición similar que rige actualmente para los asilados en el Hospital Piñeyro del Campo.

En su gran mayoría, los internados en las colonias psiquiátricas Etchepare y Santín Carlos Rossi, permanecen alojados durante mucho tiempo por ser portadores de patologías crónicas irreversibles.

Actualmente, el sistema de salud otorga cobertura a sus beneficiarios por un período máximo de treinta días anuales, con lo cual las internaciones más prolongadas o tal vez permanentes no estarían cubiertas por ninguno de los prestadores integrantes del sistema. Habida cuenta de ello, se entiende de justicia posibilitar a ASSE el cobro de dichas prestaciones en los términos establecidos, es decir, atendiendo a las posibilidades económicas de los internados.

SEÑOR ABREU.- Quisiera realizar un aporte de redacción porque, sinceramente, no me gusta la frase "con destino al gasto para mejorar las hospitalidades…". En realidad, es para mejorar los servicios hospitalarios de los sanatorios en que están internados quienes cobran esa pensión. Entonces, creo que sería mejor decir: "con destino al gasto para mejorar sus servicios hospitalarios", con lo que se

estaría aludiendo a los dos hospitales a que se hace referencia, a cuyos internados se les descontaría el 50% de su pensión o jubilación.

SEÑORA GREYF.- No hay ningún problema en realizar la modificación propuesta.

SEÑOR SOLARI.- Estuve buscando los antecedentes de situaciones similares y tengo entendido que en el Hospital Piñeyro del Campo hay una disposición relativamente similar. De manera que sugeriría a las autoridades de ASSE que analizaran ese artículo, que es bastante más específico y detallado. Por este artículo, así como está redactado, en realidad se están obteniendo proventos de pacientes que tienen carné de asistencia totalmente gratuita y a quienes, por lo tanto, ASSE tiene la obligación de brindarles la asistencia sin cargo. Sin embargo, en este caso se les está cobrando la mitad de la pensión para atenderlos, más allá de que pueda ser en mejores condiciones. El paciente puede perfectamente decir que tiene derecho, por la Constitución y por la ley, a que se le atienda en forma gratuita.

SEÑORA PRESIDENTA.- Me informan que este tema ya fue tratado en la Comisión de Salud Pública.

SEÑOR SOLARI.- Que yo sepa, no.

SEÑORA GREYF.- Quiero aclarar que el artículo no hace referencia exclusivamente a las personas con carné de asistencia. A partir de los treinta días, el sistema privado no otorga cobertura.

SEÑOR SOLARI.- La redacción es inequívoca. Se faculta a ASSE a descontar hasta el 50% de las pensiones y jubilaciones a los internados en dependencias de las Colonias Doctor Bernardo Etchepare" y Doctor Santín Carlos Rossi; no se hace referencia a aquellos que no tengan carné o a quienes se les haya vencido el beneficio de los treinta días. De manera que insisto en que se analice el antecedente del Hospital Doctor Luis Piñeyro del Campo para ver la redacción adecuada y se modifique este artículo de tal manera que sea congruente con la Constitución y con la ley.

SEÑOR LARRAÑAGA.- En lo personal también me preocupa el tema del criterio de hasta el 50%. Me pregunto dónde se va a establecer el porcentaje, porque podría ser el 40% o el 30%. Además, estamos hablando de jubilaciones y pensiones; me parece que el descuento es muy fuerte. De manera que pido que se analice la conveniencia de una norma de estas características, con esta redacción.

SEÑORA GREYF.- Los artículos 705, 706 y 708 refieren a la regularización de los cargos de las personas que se encuentran contratadas por las Comisiones de Apoyo y la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata que se encuentran actualmente cumpliendo funciones en ASSE, para cubrir las necesidades del organismo. En dicho proceso es necesario contemplar, además, situaciones de emergencia o excepción sanitaria a fin de implementar mecanismos de contratación temporal que faciliten el desarrollo de planes de contingencia específicos. Estas situaciones de excepción serán autorizadas por el Ministerio de Salud Pública.

SEÑOR HEBER.- Vamos a tratar los artículos 705, 706 y 707 en conjunto, como dice la señora asesora Greyf. El artículo 707 regulariza la situación de los funcionarios de las Comisiones de Apoyo de ASSE y de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, lo que significa un gasto de US$ 51:000.000 en los cuatro años. Está bien que se haga -tal vez sea una regularización necesaria- pero, por otro lado, el artículo 706 habilita la realización de contrataciones de personal, aunque sea en forma temporal. Estamos gastando mucho dinero en la regularización de estas Comisiones para luego gastar otros US$ 40:000.000 en los cuatro años para hacer contratos temporales. Quiere decir que estamos hablando de US$ 90:000.000 entre los años 2011 y 2014. Gastamos US$ 50:000.000 en regularizar la situación de los funcionarios -que supongo que lo valorizarán adecuadamente- y, a la vez, la Administración nos pide otros US$ 40:000.000 para contrataciones temporales. ¿Hay una justificación para ese gasto? Hace mucho tiempo que venimos arrastrando este problema de las Comisiones de Apoyo de ASSE y de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata.

SEÑORA GREYF.- Desde el año 1991.

SEÑOR HEBER.- Por eso lo digo, y me parece bien que se haga la regularización. Mi pregunta es por qué se gastan otros US$ 40:000.000 en contratos temporales.

SEÑORA GREYF.- La respuesta es muy sencilla. Algunos planes temporales que ASSE tiene regularmente, como el Plan Invierno, el Plan Verano y otras situaciones como la de la Gripe A (H1N1), requieren una contratación rápida y zafral. Además, está estipulado que es por un plazo de 90 días no renovables. No se trata de agregar personal, sino de algo que en este momento ya hace la Comisión de Apoyo.

SEÑOR HEBER.- ¿Cómo lo hacían antes sin esos recursos?

SEÑORA GREYF.- La Comisión de Apoyo hace la contratación regular y permanente así como la zafral y temporal. Con estos artículos se pretende la regularización de los contratos permanentes y permitir las contrataciones zafrales en un fondo cerrado. De alguna manera, se está achicando a su mínima expresión la Comisión de Apoyo y, quizás, después se pueda habilitar por la vía legislativa a ASSE a hacer estas contrataciones zafrales, en lugar de que las haga la Comisión de Apoyo.

SEÑOR ABREU.- En el último inciso del artículo 706 se expresa: "Facúltase al Ministerio de Economía y Finanzas a habilitar hasta $ 200:000.000 (doscientos millones de pesos uruguayos) en cada ejercicio,…" ¿Se está refiriendo a cada ejercicio presupuestal o anual? "a efectos de solventar las erogaciones que demanden la emergencia sanitaria…". ¿Es exclusivamente para emergencia sanitaria?

SEÑORA GREYF.- Así es.

SEÑOR ABREU.- ¿Se habilitan hasta $ 200:000.000 en los cinco años o por año?

SEÑORA GREYF.- Al año.

SEÑOR ABREU.- Es decir que serían hasta $ 200:000.000 por cinco.

SEÑORA PRESIDENTA.- Les ruego que esperen a que la Mesa los habilite en el uso de la palabra porque, de lo contrario, no se puede tomar la versión taquigráfica.

SEÑOR ABREU.- Quisiera saber si "en cada ejercicio" se refiere a cada año de dicho ejercicio presupuestal o al total del mismo, porque no es lo mismo $ 200:000.000 por año que $ 200:000.000 por cinco.

SEÑOR RUBIO.- No es lo mismo. Según mi interpretación, estamos hablando de situaciones de emergencia sanitaria que pueden ocurrir o no. El crédito presupuestal, que está abierto, es hasta $ 200:000.000 por año. Puede existir una reiteración de situaciones de emergencias o no. Entonces, el crédito puede o no ser ejecutado.

SEÑOR ABREU.- Entonces, sería habilitar hasta $ 200:000.000 anualmente a efectos de solventar las erogaciones. ¿Eso es así?

SEÑORA GREYF.- Sí. Aquí se dice en cada ejercicio.

(Ocupa la Presidencia el señor Senador Larrañaga)

SEÑORA MIRALLES.- Los artículos 709, 711 y 710 refieren a la creación de la Red de Atención Primaria de Salud.

SEÑOR PRESIDENTE.- Disculpe, señora Directora, pero el señor Senador Solari quiere referirse al artículo 707.

SEÑOR SOLARI.- La doctora Miralles habló de los artículos 705, 706 y 708 pero no hizo ninguna referencia al 707, y en lo personal tengo algunas preguntas para formular con respecto a este último. ¿Quisiera saber cuál es la fundamentación?

SEÑORA GREYF.- A través del artículo 707 se solicita una partida de $ 537:000.000 con destino a las Comisiones de Apoyo de ASSE y a la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata. Con esto se pretende, de alguna manera, saldar todas las deudas contraídas por el organismo derivadas por hechos imprevistos y, en otros casos, derivadas del mal registro o falta de información de algunas unidades ejecutoras o la falta de información de parte de profesionales, sobre todo, en el caso de los anestésico-quirúrgicos. Al respecto, en el año 2008 se planteó un fondo variable anestésico-quirúrgico, que produjo un desfasaje. En definitiva, como dije, con este artículo se pretende dar cumplimiento a todos los compromisos acordados.

SEÑOR SOLARI.- Quiero dejar constancia, en primer lugar, de que se está asignando una partida muy importante para cubrir gastos de un período anterior al de vigencia de esta ley presupuestal. Por lo tanto, eso está reflejando el haber comprometido gastos que no tenían el respaldo presupuestal correspondiente. Y reitero la pregunta previa de si en ese caso, hubo observación por parte del Tribunal de Cuentas o no.

En segundo término, también quiero dejar constancia de que los montos que se asignan a partir del año 2011 son cifras importantes y que garantizan la persistencia de las comisiones de apoyo que el partido de Gobierno se comprometió a disolver e incorporar en la estructura en el año 2005.

Muchas gracias, señor Presidente.

SEÑOR HEBER.- En virtud de que no entiendo muy bien la situación, voy a pedir a la señora Greyf que nos la explique más detalladamente.

Parecería que las Comisiones de Apoyo y la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata tienen deudas que cubrir. La primera deducción que podemos hacer -tal como acaba de manifestar el señor Senador Solari- es que gastaron a cuenta, que gastaron sin hacer ningún tipo de previsión. ¿Cuál es la situación actual?

Por otra parte, uno puede entender que una de las Comisiones de Apoyo o la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata puedan haber adquirido una deuda, pero la partida que asigna el artículo 707 es anual, o sea que se asigna para el 2011, para el 2012, para el 2013 y para el 2014. En mi opinión, esta partida debe ser de apoyo al funcionamiento de estas Comisiones. En primer lugar, se asigna una partida de $ 537:000.000 para el ejercicio 2010 con destino a las Comisiones de Apoyo de ASSE y la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, y luego una de $ 280:000.000 anuales a partir del año 2011 y $ 40:000.000 anuales a partir del año 2012 con destino a financiar los servicios que prestan las Comisiones de Apoyo de ASSE y la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata respectivamente, con las limitaciones establecidas en el artículo anterior. En realidad, no comprendemos muy bien la situación. ¿Por qué? Porque si los $ 537:000.000 son para cubrir deudas, estas se estarían pagando y no se debería asignar más dinero, salvo que la administración prevea que las Comisiones se van a endeudar nuevamente. En ese caso, estaríamos financiando una futura deuda de gestión debido a una situación estructural de falta de recursos.

El último concepto que me gustaría comentar es que mediante el artículo 705 del proyecto de ley se regulariza la situación de 7.500 funcionarios, lo que insume US$ 50:000.000. Por su parte, el artículo 706 otorga un incremento de crédito de US$ 30:000.000 para todo el período a los efectos de cubrir los contratos a término a partir del 1º de enero, y para las contrataciones temporales, US$ 40:000.000. Si sumamos las cifras asignadas, estamos hablando de US$ 120:000.000. Pero, además, el artículo 707 asigna $ 280:000.000 más $ 40:000.000 anuales, lo que totaliza US$ 64:000.000. Entonces, en definitiva, estamos hablando de US$ 184:000.000. ¿Tanto costaban las Comisiones de Apoyo? Es mucho dinero, y nosotros también debemos explicar a la gente qué es lo que estamos votando.

En consecuencia, me gustaría que, de ser posible, nos dieran una explicación más cabal sobre el artículo 707. Quizás todo ese dinero sea necesario, pero quisiéramos tener constancia de ello.

SEÑORA GREYF.- Explicaré nuevamente qué pretende hacer ASSE hasta el año 2013, con respecto a la Comisión de Apoyo. En estos tres años quiere limitarla y presupuestar a las personas que quieran o puedan pasar a tener esa condición. Ese proceso no se puede hacer de un día para otro y entonces mucho personal queda en la Comisión de Apoyo. Esto no sucede porque lo queramos, sino porque la

presupuestación es un acto voluntario del funcionario y, además, porque hay determinados colectivos que quizás no quieran ser presupuestados, pero tendrán que permanecer por ser especialidades escasas y, por tanto, ASSE no puede prescindir de ellos. No podemos decir que mañana cerramos la Comisión de Apoyo, porque no tendremos el personal que nos cubra las necesidades asistenciales que hoy tiene el organismo, y por eso propusimos un proceso de tres años. Por esta razón, las previsiones de crédito presupuestal están hechas para 2011, 2012 y 2013, de modo de crear una especie de embudo y que cada vez sea menor la cantidad de personas que desempeñen funciones allí. Obviamente, durante estos tres años la Comisión de Apoyo requerirá recursos porque habrá personas que seguirán siendo contratadas.

Esa es la explicación de por qué se siguen solicitando recursos para la Comisión de Apoyo y para el Patronato del Psicópata. El proceso que se inicia en 2011 pretende regularizar a aquellas personas que ya tenían la condición que otorgaba la Ley Nº 17.930, es decir, haber ingresado antes de 2005. Puede suceder que todas las personas que estén en condiciones de ser presupuestadas no quieran serlo, o a la inversa, es decir que se vean impedidas de hacerlo por tener otro cargo público. De ahí que el proceso no puede ser inmediato, pero es verdad que el costo de la Comisión de Apoyo y del Patronato del Psicópata es muy alto.

SEÑOR RUBIO.- Tenemos que conjugar todos los datos y, a esos efectos, haría un poco de memoria.

En la Ley de Presupuesto anterior se generó un crédito para la presupuestación de los trabajadores que estaban en las Comisiones de Apoyo que, a su vez, financiaba el Ministerio de Salud Pública. Entiendo, pues, que no estamos hablando de algo que no fuera financiado por ese organismo, sino de un cambio estructural que permitiera a los funcionarios que eran financiados por el Ministerio de Salud Pública pero trabajaban en el régimen de las Comisiones de Apoyo, pasar a ser presupuestados. Según se me explicó, esa previsión hecha en la Ley de Presupuesto de 2005 no tuvo en cuenta los recursos para cubrir la diferencia de costo que se producía, por ejemplo, por concepto de aportes al Banco de Previsión Social, que eran muy distintos en las Comisiones de Apoyo de los que estuvieran en régimen de presupuestación. A su vez, se planteaba la dificultad material de que muchos trabajadores tampoco querían hacer la opción porque les significaba distintos cambios que no es del caso explicar ahora.

La presupuestación solo operó en el caso de un grupo limitado de trabajadores. Ahora se retoma el proceso y se generan los fondos para hacerlo viable en su totalidad, pero como esto depende de la voluntad de los propios trabajadores, se prevé -creo que es lo que explicaba la señora Greyf- que será progresivo y que no se aplicará a la totalidad del universo. Por lo tanto, los fondos incrementales que se piden en este artículo del proyecto de ley de Presupuesto tienen una estructura decreciente.

SEÑOR PEÑALOZA.- Me parece que tal vez podamos avanzar un poco más en la parte conceptual.

Los artículos 706 y 707 de alguna manera se refieren a los costos que tenemos que asumir para el ordenamiento teniendo en cuenta estos objetivos. Pero creo que la llave está en el artículo 708 cuando expresa: "A partir de la vigencia de la presente ley, la Administración de los Servicios de Salud del Estado no podrá incrementar las transferencias a las Comisiones de Apoyo ni a la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, con excepción de las autorizaciones previstas en la presente norma". Este artículo conceptualmente establece el objetivo. Asumimos un costo para ordenar, establecemos las excepcionalidades, y en el artículo 708 ponemos la llave para decir que este proceso no se va a incrementar en el período.

SEÑORA GREYF.- Quiero hacer una aclaración porque se mencionó, lo cual es cierto, que los cargos estaban en la administración anterior. ASSE, después de la descentralización hizo la regularización del personal -asumiendo su costo- de las Comisiones de Apoyo locales -eran aproximadamente 500 trabajadores- que no aportaban a la Seguridad Social. Eso se hizo igual a pesar de que los fondos no estaban incluidos en la Ley de Presupuesto. Ahora sí se previeron y, de ahí en adelante, los trabajadores están regularizados desde el punto de vista de la Seguridad Social.

SEÑORA MIRALLES.- Los artículos 709, 710 y 711 hacen referencia a la creación de la Red de Atención Primaria de Salud. Esta administración ha apostado fuertemente a una estrategia basada en la atención primaria de la salud, que constituye una necesidad ante la aparición de nuevos desafíos

epidemiológicos, cambios demográficos, y enfermedades emergentes y reemergentes. La idea es que en cada departamento los centros de atención de primer nivel sean consultorios, policlínicas o centros de salud que se integren en una red de servicios para mejorar la coordinación a nivel departamental y los servicios de estas unidades, y complementándose para establecer luego una mejor referencia y contrarreferencia con el segundo y tercer nivel de atención.

En este sentido se mantiene el presupuesto histórico de cada una de las unidades ejecutoras y se incrementa con el presupuesto destinado al primer nivel de atención. La idea es que cada departamento se constituya en una unidad de gestión -es un cambio meramente administrativo- para el desarrollo de la atención a nivel departamental, complementándose y mejorando los servicios de cada departamento.

SEÑOR VIERA.- De alguna manera ya habíamos adelantado nuestra posición en oportunidad de que el señor Ministro de Salud Pública concurriera al Senado en régimen de Comisión General. Nosotros no compartimos la forma en que se procesó todo esto, a tal punto que hay 19 ex unidades ejecutoras correspondientes a otros tantos centros urbanos y del interior de nuestro país que están realmente muy desconformes con la forma en que se procedió, sin consultarlos ni explicarles y sobre todo con la decisión tomada.

Creo que la administración tiene todo el derecho de organizarse y reorganizarse, de replantear la forma de prestar sus servicios, para que sean más eficientes y eficaces; a su vez, racionalizar los recursos. Comprendo que todo cambia; cuando se encara un sistema de atención primaria de la salud a través de unidades ejecutoras, entiendo que se debería tratar de coordinar, incluso, a nivel departamental. Pensamos que algunas de estas unidades ejecutoras que se suprimen, como es el caso de la de Minas de Corrales, realmente, tienen características muy particulares. Se trata de unidades ejecutoras, por la forma en que ejecutan sus recursos, históricamente, y por su posición en el organigrama y en el esquema actual de trabajo de ASSE -antiguamente, era el Ministerio de Salud Pública- y, además, tienen todas las características de un centro de asistencia de segundo nivel. Sin duda, el Hospital de Minas de Corrales tiene carencias, pero de acuerdo con cualquier definición es un hospital porque, por ejemplo, tiene internación y servicios que son propios de una unidad de segundo nivel. Entonces, para el bien de todos, creo que habría que compatibilizar todo esto.

Si bien hay una modificación al final del artículo correspondiente, que trata de recoger los reclamos de los ciudadanos de estas ciudades y villas del interior, creo que no es suficiente. Estimo que en la redacción dada en este agregado en el proyecto de ley aprobado por la Cámara de Representantes -que modifica el proyecto original del Poder Ejecutivo- se intenta asegurar a la población de que va a poder seguir administrando sus recursos localmente y de que va a tener el mínimo de servicios que tenía al día de hoy.

Como le dijimos al señor Ministro en su oportunidad, si efectivamente lo que queremos es asegurar a estas poblaciones que van a seguir administrando sus recursos y que van a seguir teniendo los mismos servicios -de atención primaria y secundaria, como sucede en el Hospital de Minas de Corrales- ¿por qué no dejar a estos centros como unidades ejecutoras, coordinándolos departamentalmente por una unidad nueva, como se propone ahora? De modo que propongo no eliminarlos como unidad ejecutora, sino agruparlos en las coordinaciones que plantea la Dirección, y se continúe reconociendo su carácter de hospital, como sucede en el caso de Minas de Corrales.

SEÑOR HEBER.- En cuanto a los artículos 709, 710 y 711 -sobre todo en el 709, que propone la supresión de los centros- hay una situación de convulsión y de movilización social que debe tener en cuenta la Administración.

No venimos a criticar a la Administración sino a buscar un entendimiento con ella. Digo esto porque estamos viendo una situación explosiva en materia social en la población de estos pueblos, ciudades y villas del interior, que se siente despojada de algo que le ha costado mucho obtener a lo largo de los años, es decir, los servicios que recién mencionaba el señor Senador Viera, poniendo como ejemplo el caso de Minas de Corrales, al que también podrían sumarse los centros de Guichón, Libertad y Ciudad del Plata. Esto ha provocado, repito, una movilización social inusual.

(Ocupa la Presidencia la señora Senadora Dalmás.)

-Aspiro a llegar a un entendimiento con la Administración en estos artículos. No me gustaría ir al Plenario a criticar sin llevar soluciones; prefiero no criticar y dar una solución de tranquilidad. Tenemos que hablar mucho más con la comunidad. Si la Administración no cree -de lo que estoy seguro- que esto es un despojo de servicios y de atención y las personas, en cambio, piensan que es así, entonces, nos ha faltado niveles de diálogo y de entendimiento que hagan que esta medida no signifique para la gente del interior un verdadero despojo de los beneficios que han obtenido. Considero que hay que hablar sobre el tema, más que discutir técnicamente. Yo no estoy capacitado para discutir desde ese punto de vista, pero sí puedo entender esta situación social que se ha generado. Creo que falta mayor nivel de información y de diálogo con la comunidad. A veces la Administración puede tener razón, pero para mí este no es el caso; coincido con los razonamientos que he escuchado, y aunque me gustaría que me convencieran de que estoy equivocado, sé que no tenemos tiempo para ello. Entonces, pregunto al Ministro ¿cuál es el apuro? ¿Hay urgencia en esto? ¿Por qué no buscamos la posibilidad de hablar, de acordar los tiempos? Inclusive, años atrás se había hablado de un plan piloto, por el cual todo el mundo podría convencerse, en los hechos, de que los servicios no se van a resentir. El señor Ministro se acordará de una frase -que a mí me quedó grabada- que expresó el entonces Senador Javier García durante el llamado a Sala que se le hizo en el Senado de la República y que para mí es una gran verdad: el que administra de lejos administra mal y el que administra de cerca lo hace bien; puede ver dónde está el recurso. Si bien esta no es una verdad absoluta, la hemos podido comprobar. El tema de la descentralización es una bandera que nuestro Partido lleva adelante desde hace mucho tiempo y, efectivamente, funciona; en este caso el Director del Hospital sabe dónde se compran los medicamentos, cómo llegan y quién los toma. En una comunidad chica se controla todo, mucho más que en una comunidad grande o a la distancia.

Estas son reflexiones que hago para poder comprender, porque lo mejor es que el sistema político pueda entenderse a sí mismo y no estar enfrentados por artículos que, realmente, han generado convulsión y preocupación social en los lugares que se pretende llevar adelante esta idea.

SEÑOR SOLARI.- En el mismo sentido que hablaron los señores Senadores Heber y Viera, con muchísimo respeto y humildad quisiera dirigirme específicamente al señor Ministro y a las autoridades de ASSE. Mi preocupación no es que a los hospitales se les quite su competencia de unidad ejecutora o vean disminuido su nivel de servicio, sino que se debilite lo que se quiere fortalecer, que es la atención primaria en cada localidad. Quien va a la policlínica de Soca o de Parque del Plata -estoy nombrando las que conozco porque son cercanas a mi casa, por lo tanto sé cómo vive la gente- empieza a entender por qué la atención primaria tiene un componente muy fuerte de partición social de la comunidad. No puedo visualizar -probablemente, sea incapacidad de mi parte- cómo la Red de Atención Primaria de Tacuarembó, cuya sede va a estar en la capital departamental, va a fortalecer la participación comunitaria del paraje Punta de Cinco Sauces o de San Gregorio de Polanco. Honestamente no lo veo, pero tampoco lo ve la historia de la salud pública de este país. Ya tuvimos una instancia previa a la creación de ASSE como servicio desconcentrado, en la que las únicas unidades ejecutoras eran los centros departamentales y las cabezas en cada departamento. Dentro de esas unidades ejecutoras había un nivel administrativo encargado de atender a los centros auxiliares, a las policlínicas rurales y a los centros de salud ubicados en las localidades de esos departamentos. ¿Qué sucedía entonces? Los recursos quedaban en el hospital departamental, es decir, en la capital departamental. Ojalá me equivoque, pero apostaría mucho dinero -y no me gusta hacerlo porque me ha costado mucho en la vida ganármelo como funcionario público- a que estos recursos van a quedar en la capital departamental, que lo que se va a filtrar a las policlínicas, a los centros de salud, va a ser mínimo y que la participación social, que es un requisito indispensable para la atención primaria, en lugar de fortalecerse va a disminuir.

Por lo tanto, con muchísimo respeto les solicito, les pido y les sugiero que retiren estos tres artículos, porque son malos para la salud pública del Uruguay, van en contra de la historia, van en contra de la teoría y van en contra de lo que quiere la gente y, en esto, la gente raramente se equivoca.

Muchas gracias.

SEÑOR PEREYRA.- Me anoté para hacer uso de la palabra a los efectos de realizar algunas puntualizaciones.

Obviamente que quienes vivimos en el interior -como muy bien señalaba el señor Senador Larrañaga- cuando se plantean estas situaciones que preocupan a la gente, quedamos a la defensiva,

sobre todo en aquellas comunidades que son más chicas y todos los días pelean para tratar de tener más recursos y mejores posibilidades.

Actualmente, veo lo que son los Centros de Atención Ciudadana -en el Parlamento no nos pudimos poner de acuerdo para votarlos a todos- y vaya si son una herramienta muy buena que la gente de las pequeñas comunidades puede sentir al alcance de su mano, lo que es común en localidades más grandes. Esta es la pelea por las cosas cotidianas. Por supuesto que estos temas hay que tratarlos a través del intercambio de opiniones.

Estamos integrando un sistema de salud en el que -lo digo con propiedad porque, a partir de esta experiencia, opté por Salud Pública- se han visto mejoras en estos últimos cinco años. Por suerte, no voy mucho al médico, pero las pocas veces que he ido, pude ver mejoras notorias, que son las que también percibe la gente, pero por supuesto que hay muchos aspectos para seguir mejorando. Digo esto porque hace un rato escuché -por eso me anoté para hacer uso de la palabra- que esto puede generar despojos o pérdidas. Es lógico que la gente reaccione, y lo hace porque se acostumbró a que cuando había cambios, sobre todo en Salud Pública, era para perder. Pero en estos últimos años hemos podido ver cómo hospitales que están incluidos dentro de estos artículos tienen ecógrafos de última generación que antes se veían solamente en instituciones de asistencia privada. Esto hoy es todo lo contrario de un despojo; son mejoras que paulatinamente se van dando en la atención de Salud Pública. Realmente, me da seguridad lo que se incorporó en la Cámara de Representantes en cuanto a que no haya pérdida de servicio y se haga el esfuerzo de mejorar la integración. Este problema, ¿estaba antes o no? ¿Sucedía en las pequeñas policlínicas donde se confundía la atención entre los mismos médicos que pertenecían a la salud privada y a la pública? ¿Quién terminaba pagando los servicios? Obviamente, los pagaba Salud Pública, porque todo era muy entreverado, no había planificación de los servicios, no existía un compromiso y los medicamentos nunca alcanzaban. Hoy en día, si bien sigue habiendo dificultades, muchas de esas áreas han tenido mejoras sustanciales y quienes vivimos en el interior lo reconocemos porque sabemos que es así.

Por lo tanto, creo que debemos seguir en la línea que se ha tomado en estos cinco años. Antes, cada vez que había una reforma de salud se producían pérdidas; en cambio, hoy se ve el fruto de los esfuerzos realizados en el momento de la atención, mientras que antes esas mejoras solo se veían en la salud privada.

Por lo tanto, este artículo a nosotros nos da seguridad, y tenemos claro que lo que la gente no quiere es perder lo que ha conquistado. Muchos de los Centros de Atención de Salud -no me gusta hablar del pasado, pero hay aspectos que no se pueden obviar- subsistieron porque había Comisiones de Apoyo, vecinos organizados que juntaban los pesitos para pintar, para que viniera una guardia, etcétera. Eso sigue sucediendo, pero en menor medida porque hay muchísimos más recursos del Estado destinados a solucionar esas situaciones. Obviamente, nos sumamos a la preocupación manifestada porque somos parte de ella. Por ejemplo, en nuestro departamento hay una localidad que va a estar entre las unidades ejecutoras, que es Lascano, pero hablando con la gente de las Comisiones de Apoyo, los vecinos y la Dirección, nos hemos dado cuenta de que ellos entienden este proceso porque vieron la situación inversa.

Creo que hay que seguir en esta línea porque en los cinco años que pasaron se revirtió la relación que determinaba que todo fuera pérdida. Ahora en ASSE hay pequeños pasos que es preciso dar más rápido, con más firmeza, pero sin dejar de avanzar en el mismo sentido.

SEÑOR LARRAÑAGA.- Me voy a sumar a las palabras que han vertido algunos señores Senadores. Uno de los conceptos fundamentales de la Atención Primaria de Salud -aclaro que no soy un experto, sino simplemente un tocador de oído en este tema- es la participación de la comunidad. En este proceso no ha habido participación de la comunidad ni se la ha consultado, ni siquiera a los responsables de las unidades ejecutoras. Esto es real. Creo que mucho más fácil sería para nosotros soplar sobre las brasas, pero claramente ese no es nuestro propósito porque no nos interesa prender el fuego. Simplemente queremos aportar y decir que, más allá de lo que ha expresado el señor Senador Pereyra, la gente percibe que le arrancan algo que le pertenece. Esto es, más o menos gráficamente, lo que la gente siente en los centros objeto de estas normas jurídicas.

Me parece que para nada reflejaría una debilidad por parte de ASSE ni del Ministerio de Salud Pública, ni del Gobierno -sino todo lo contrario- que, frente a un reclamo de la oposición o de la

sociedad, se diera marcha atrás en este camino. Por el contrario, creo que fortalecería al Ministerio y al Gobierno dar cabida a un reclamo que es unánime.

Más allá de lo expresado aquí, creo conocer la campaña y el país; he sido un linyera permanente de la actividad política recorriendo el país y estoy absolutamente persuadido -como seguramente lo sabe el Presidente de ASSE, coterráneo y compaisano de mis pagos de Paysandú- de que, por ejemplo, la gente de Guichón no está contenta ni satisfecha. Esta es la realidad y lo que sucede en todos los departamentos del interior del país.

Por lo tanto, no me quiero quedar en la calificación ligera que atribuya intenciones, ni nada por el estilo; simplemente, me parece que no estamos ante una iniciativa descentralizadora. Además, ¿cómo funciona la lógica local? Funciona con la colaboración de la gente en las pencas, en las *kermesses*, en las ferias y en las colectas vecinales, porque sabe que los recursos serán administrados en la propia unidad. La propia comunidad es la que está involucrada.

En lo personal, discrepo con aquello de que toda vez que se hacía una reforma era para sacarle algo a la gente en los departamentos o en el país. ¡Vamos a entendernos! Además del concepto de Atención Primaria de Salud, me fue trasladado y he aprendido el referido a los Sistemas Locales de Salud -SILOS- que se ven claramente contrariados por esto. ¿Cómo funcionan los SILOS? Ellos funcionan con un fuerte involucramiento de la sociedad. ¡Admitámoslo! Colaboran los vecinos, pero también las Intendencias y todo el mundo. Por ejemplo, en estos días se viene realizando una colecta popular en Paysandú para la adquisición de un mamógrafo y está colaborando todo el pueblo. Siempre ha sido así. La gente colabora con mayor intensidad porque percibe que esos recursos van a ir directamente hacia esa unidad.

No es mi intención alargar el discurso, pero solicito que ASSE, el Poder Ejecutivo y, en última instancia el Gobierno, tomen en consideración las expresiones aquí vertidas, que no hacen más que reconocer el sentimiento de muchísima gente en todo el país.

SEÑORA MIRALLES.- Quiero dejar constancia de algunos puntos.

De la realidad que se vive en Minas de Corrales puedo dar fe, porque tengo a toda mi familia en ese lugar y a otra parte en Tacuarembó. Me entristeció bastante ver cómo se respondió a la supresión de servicios, cuando esa nunca fue la intención, sino todo lo contrario. La intención es mejorar y, como prueba de ello, voy a leer parte del material que fuera entregado a los señores Senadores. Allí se dice que ASSE mantendrá en las actuales unidades ejecutoras, toda la estructura actual y oferta de servicios, incluidos los recursos humanos, la infraestructura y la tecnología disponible. Mantendrá asimismo su autonomía administrativa y de decisión sobre la ejecución de los créditos que fueran asignados históricamente, según los parámetros de productividad.

Actualmente, existen algunas unidades ejecutoras, pero el resto de la atención primaria del departamento depende por entero del Centro Departamental. Justamente, no queremos que esto sea así. Por ejemplo, existe la Unidad Ejecutora de Minas de Corrales, pero Vichadero y Tranqueras dependen del Centro Departamental de Rivera y los créditos a estas unidades no llegan y no se administran en el lugar, como bien se ha dicho aquí. Ellos deberían ser administrados y ejecutados cerca de la comunidad. Esto es lo que pensamos. Estos equipos de gestión no van a estar en el centro departamental de Rivera o de Tacuarembó, sino que tienen que estar insertos en el primer nivel de atención. Ahí es donde deben actuar y a donde deben rendir cuentas.

En cuanto a las Comisiones de Apoyo Local y el apoyo a la unidad, se va a volcar a su unidad ejecutora, que pasa a ser una Unidad de Primer Nivel de Atención. Lo único que se afecta es quién ingresa las compras al SIIF; el resto es exactamente igual, excepto que obliga a que el primer nivel se desarrolle y complemente, acercándolo a la gente.

SEÑOR BUCHINO.- Quiero formular una precisión en la misma línea de lo que venía diciendo la doctora Miralles. Este tema hay que contextualizarlo en el proceso de reforma. Reformar significa transformar algunas realidades. Estas modificaciones de las unidades ejecutoras apuntan a fortalecer lo que son las redes departamentales de primer nivel y a modificar situaciones que verificamos diariamente en los Servicios de Salud del Estado. Hay unidades ejecutoras -y ello es parte de las realidades- que tienen muchísimos años y que se heredan. Es necesario tomar alguna decisión

respecto a mantener algunas estructuras administrativas que poco aportan y no tienen 1.500, 1.600 o 2.000 personas a cargo. El grado de resolución y la infraestructura de los servicios han sido incorporados por la comunidad y por la Administración a lo largo de los años; sin embargo, en Montevideo hay centros de atención -en el Cerro, en el centro de Sayago y en Jardines del Hipódromo- que tienen 30.000 o 35.000 personas a cargo. Esos centros no son unidades ejecutoras, pero brindan asistencia y no hay manifestaciones populares que nos indiquen que por no tener esta condición, esté en riesgo la asistencia de la gente. Tampoco el hecho de que un centro de salud deje de ser unidad ejecutora lo pone en esa situación.

Se pretenden revertir inequidades, ya que hoy existen centros en el interior que no tienen ese carácter de unidad ejecutora y son de primer nivel, respecto a situaciones que heredaron esta condición y, por lo tanto, tienen esa diferencia en lo administrativo. Administrativamente, lo único que se va a modificar es la condición de ingreso al sistema de información del SIIF por el TOCAF. No se puede fraccionar el crédito; por lo tanto, es necesario que el gasto de la red departamental tenga esa unidad, ingrese con una única unidad ejecutora. Ese fue el espíritu.

Entiendo la preocupación existente porque debemos trasmitir tranquilidad a la población, pero lo que pretende y encomienda la ley de creación de ASSE es elaborar una estrategia de atención primaria de la salud con un componente de unidad ejecutora para la red departamental. El hecho de que dejar de ser un hospital nos ponga en una situación asistencial de riesgo, es una deformación conceptual. Nuestro objetivo es resolver los problemas de la gente en los Centros de Atención Primaria y eso fue evidenciado por algunos señores Senadores que dicen que ahora ven ecógrafos en el primer nivel. No tenemos que transformar esos centros en hospitales; hemos evolucionado y la pérdida de la condición de hospital es un concepto perimido en todo el mundo.

Hace poco tiempo vino una renombrada profesora, a la que le preguntamos cómo son esos sistemas de primer nivel en otros lugares, qué resuelven. Nos decía que deben resolver todo. O sea, no debemos tener una constelación de hospitales en cada pueblo para asegurar cobertura asistencial y poder resolver, sino que lo que debemos hacer es romper con ese esquema y tratar de llevar la resolución, la tecnología y los recursos humanos adonde la gente vive. Evidentemente, si lo que la gente escucha en los pueblos es que van a cerrar el hospital o el centro auxiliar, ese fuego se prende y genera preocupaciones. Pero si uno trasmite que el primer nivel asistencial es el centro de atención en el que vamos a poner todas las baterías, que se trata de una reforma administrativa y que tendrán no solo la estructura actual, sino que allí irá buena parte del presupuesto y de los recursos humanos futuros, seguramente la población va a entender; la gente entiende cuando se le explica. Creo que aquí podemos hacer una autocrítica en el sentido de que faltó comunicación y llevar tranquilidad a la gente. Justamente, sería algo malo para la Administración bajar carteras de servicios donde vive la gente, porque eso representaría una pésima gestión y no es el objetivo buscado. De alguna manera, se debe asegurar que vamos a mantener los servicios y la cartera actual; es más, vamos a potenciar y a incorporar esos equipos departamentales de gestión que hoy participan en esas unidades ejecutoras. Además, se va a tener la posibilidad de discutir no solamente el presupuesto de la unidad ejecutora -que va a estar asegurado- sino el de la red. En realidad, esta es una propuesta para avanzar y crecer en la conformación de una red asistencial. Es evidente que la red asistencial funcionó en Montevideo, existiendo una sola unidad ejecutora, que es la RAP -es decir, no existe en la ciudad una constelación de unidades ejecutoras departamentales-; por tanto, perfectamente esto puede funcionar en el interior.

Si bien ASSE tiene potestades como para no traer esta propuesta y tomar la decisión de tener una unidad ejecutora o darse la organización que quiera, quisimos mostrar que realmente esto será una mejora contrastada a lo que hoy tenemos. Simplemente nos falta comunicar a la población y dar garantías. Al respecto, obviamente todos los Legisladores deben cumplir un rol, porque si estamos convencidos de que el proceso de reforma hay que ejecutarlo y que debe hacerse a nivel de la red de primer nivel, debemos ser capaces de comunicarlo localmente.

En cuanto a la participación de los usuarios en los compromisos de gestión -si lo desean los señores Senadores, podemos dejar una copia del texto que refiere a este punto- debo decir que existen capítulos específicos que obligan, en la red departamental de primer nivel, a conformar comisiones de participación de usuarios y trabajadores, a efectos de que todas las transformaciones sean participativas. Entonces, nos parece que lo que resta es trasmitir a nivel local cuáles son las transformaciones. Desde el punto de vista administrativo, hay que delinear quién tiene la potestad de ingresar al sistema de información las facturas; el resto no cambia absolutamente nada.

SEÑOR VIERA.- Creo que fui claro cuando dije que hasta puedo comprender la necesidad de cambiar la organización a efectos de ser más eficaces, eficientes y racionalizar recursos. Ahora bien, lo que se acaba de explicar, no es lo que se expresa en el proyecto de ley, por lo que propongo que sí lo diga. No tengo por qué dudar de las intenciones, pero las leyes hay que hacerlas pensando en el futuro, ya que en el día de mañana no van a estar estas autoridades, habrá otro Ministro y otra Dirección. Entonces, ¿qué inconveniente hay en que sigan siendo unidades ejecutoras que tengan una coordinación departamental en una unidad centralizada? Así quedaría todo el mundo tranquilo.

Por otra parte, quiero decir a la doctora Miralles que nadie que haya escuchado seriamente -puede ser alguien del pueblo- ha afirmado que la intención de esto sea que Minas de Corrales o las otras unidades ejecutoras pierdan servicios. Lo que sí decimos es que hay una situación de verdadera angustia, pues la gente siente -así lo explican- que podrán faltarle servicios o perder calidad, pero que si pierden su condición de hospital, luego no podrán ser ni siquiera acreedores. Eso es lo que trasmite la gente y les aseguro que no hay nadie que les diga que tienen que sentir así. Por otra parte, no es la primera vez que ocurre. En el año 2002 se planteó una situación bastante similar, en la que se proponía el cambio de unidad ejecutora; era muy parecido a esto, y se realizó una movilización en la que también estuvimos del mismo lado, y el Gobierno era Colorado.

SEÑORA TOPOLANSKY.- El que habló de poco fue el señor Senador Heber en su intervención; por eso el señor Senador Pereyra hizo la precisión.

SEÑOR LARRAÑAGA.- Insisto, señora Presidenta, en el hecho de que lo que la doctora Miralles y el doctor Buchino expresaron, no está en la norma. Es más, la norma dice exactamente lo contrario a lo que ellos dos dijeron.

El artículo 709 comienza diciendo “Suprímense”. Esto es clarísimo y así es percibido por la gente. Por ello, lo peor que se puede hacer es seguir hacia adelante con una iniciativa que, más allá de lo que se pueda expresar, no es bien vista por la gente. Estamos hablando de un tema delicado. No basta solamente con tener una buena reforma, hay que trasladarla, comunicarla bien, porque la gente percibe que está perdiendo con estas modificaciones. Por eso, si todo lo que se expresa son las intenciones que impulsan la modificación de estos artículos -no tengo por qué dudar- pregunto por qué no se deja dicho de manera clara y contundente y en cambio se recurre a la vía de la supresión de unidades ejecutoras, lo cual termina generando una gran incertidumbre. En mi opinión, lo peor es enamorarse de una iniciativa y seguir hacia adelante a cualquier costo. No creo que este procedimiento sea positivo; lo digo a modo de aporte. Si quieren seguir hacia adelante, háganlo. Me parece que si frente a un conjunto de localidades insatisfechas que reclaman toda vez que perciben que pierden calidad asistencial, le van a echar la culpa del problema a la falta de supresión de una unidad ejecutora, tengan o no razón, no le hace bien a la propia administración de ASSE ni del Ministerio de Salud Pública. Manifestamos esto a modo de aporte, de contribución.

Pienso que uno pelea aun cuando se choque con la realidad de que no se puede modificar. Cuando choque, recogeré, frenaré y criticaré, como corresponde, una iniciativa de estas características, reitero, sin entrar en ningún tipo de calificación en cuanto a que es equivocada.

Lo que expresaron los señores Directores -quienes conocen mucho más del tema que yo, y no tengo ningún empacho en aceptarlo- no es lo que establecen los artículos en el Presupuesto.

Considero que todo lo expresado por parte de los doctores Miralles y Buchino puede hacerse manteniendo las unidades ejecutoras. ¿Qué impedimento hay para hacer todo lo que se dijo? Ninguno, sin quitarle, precisamente, ese tipo de calificación.

En definitiva, se trata de una iniciativa mal comunicada, mal trasladada y que no ha llegado a la gente, por equis razones. De manera que esperamos que la iniciativa se pueda rever, para beneficio de lo que todos queremos. Nadie quiere disensos ni discutir inútilmente porque sí. Venimos con buena fe, como vienen ustedes y el Poder Ejecutivo. Insisto: los Senadores de la oposición -entre ellos, quien habla- venimos con buena fe, a pelear por nuestras ideas, pero buscando el bien general.

SEÑOR PEÑALOZA.- Habiendo escuchado las intervenciones de los señores Senadores, nos queda la sensación de que en el fondo estamos de acuerdo. Aquí no hay un cuestionamiento al fortalecimiento del primer nivel de atención ni a las necesidades de aportar más recursos o de atender

las inquietudes de la participación social. Entonces, si esos son los temas de fondo, estamos dispuestos a trabajar en el articulado para que refleje los objetivos a los que hacía referencia el señor Buchino, porque nos parece que el tema no pasa por la denominación “unidad ejecutora” desde el punto de vista administrativo. De manera que, si los señores Legisladores están de acuerdo, vamos a incorporar los elementos que se plantearon recién.

SEÑOR BUCHINO.- El artículo 712 refiere a la creación de la unidad ejecutora “Atención de Urgencia y Emergencia Prehospitalaria y Traslado”. Actualmente la red de atención primaria en Montevideo incluye una serie de prestaciones de atención de urgencia y traslados, que son conocidos como “el 105”, entre hospitales, y solamente se hacen dentro de los límites de Montevideo. Por esta modalidad de atención y por la especificidad, no corresponden a prestaciones del primer nivel y se entiende pertinente organizar estos servicios especializados en una unidad ejecutora propia. La misma va a centralizar los traslados, va a coordinar los distintos servicios y tendrá a cargo el mantenimiento de la flota vehicular y el economato con un presupuesto propio.

SEÑORA FERREIRA.- Voy a referirme, en conjunto, a los artículos 713, 714 y 722, si los señores Senadores están de acuerdo, porque tienen el mismo espíritu: la incorporación de los pagos variables a la actividad médica.

El artículo 713 hace referencia al pago variable de los hospitales, en principio de la región metropolitana o de referencia regional o nacional. En este caso se incorpora una partida para el pago variable en base a los egresos hospitalarios.

El artículo 714 incorpora un pago variable, sumado a un pago fijo, a los médicos del primer nivel de atención. Se plantea incorporar un pago por cápita, por persona adscripta a ese médico, tanto a los médicos rurales del primer nivel de atención como a los médicos pediatras y médicos que atienden a adolescentes en el primer nivel de atención.

El artículo 722 incorpora una modalidad de pago por cargos de alta dedicación con la intención de que los profesionales -sobre todo aquellos médicos de especialidades escasas- puedan acceder a cargos de 40, 48 o hasta 60 horas semanales, de modo que puedan trabajar en un único hospital con una dedicación longitudinal a la jornada de trabajo.

SEÑOR BUCHINO.- Los artículos 715 y 716 se refieren a la creación del Centro Hospitalario Libertad como Unidad Ejecutora 101. Como todos sabemos, la enfermedad traumática es de elevada incidencia; el progresivo aumento de los accidentes de tránsito y de los hechos de violencia han determinado en la sociedad una elevada morbimortalidad que afecta, sobre todo, a las personas jóvenes y de sexo masculino y constituye la principal causa de muerte de los menores de cuarenta años. Además, este tipo de enfermedad genera un enorme costo económico, ya sea por los tratamientos o por la internación en áreas críticas, debido a la inversión de muchas horas de atención por personal sanitario calificado y la utilización de alta tecnología, tanto en las etapas diagnósticas como terapéuticas. A su vez, genera costos sociales, que incluyen pensiones por invalidez o por las graves secuelas que determinan. Según los datos del Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior, actualmente ocurren alrededor de 3.000 accidentes de tránsito graves al año, más de 500 episodios de violencia personal y entre 200 y 250 intentos de autoeliminación o suicidios, con un promedio de entre diez y once politraumatizados graves por día. Sin embargo, nuestro país es de los pocos que no tienen un centro especializado para el tratamiento de este tipo de afecciones.

Se verifica una enorme inequidad y una fragmentación en la asistencia actual, que está dada por una multiplicidad de centros de recepción de los pacientes politraumatizados. En general, la recepción se encuentra definida por el tipo de cobertura que tiene el prestador y no en función de la mejor capacidad para resolver la enfermedad traumática. La asistencia en el escenario del trauma presenta distintos niveles y tiempos de respuesta; basta ver los tiempos de respuesta del 911 en Montevideo y en el interior y el traslado a los prestadores en función del tipo de cobertura y de riesgo específico como, por ejemplo, el Banco de Seguros del Estado. Esto determina una importantísima variabilidad asistencial; no es lo mismo que el accidente de tránsito sea en una ruta que en Montevideo, o que lleven a la persona a un lugar donde existe un equipo entrenado para resolver este tipo de situaciones que a un lugar en el que es el primer caso del año.

Hay suficiente evidencia a nivel mundial de que cuando se centraliza el tratamiento de este tipo de afecciones en un lugar se logra congregar allí los recursos humanos calificados y los especialistas en este tipo de tratamientos, se concentra la tecnología y, de alguna manera, se favorecen las curvas de aprendizaje, siendo los resultados funcionales a mediano y largo plazo significativamente superiores. En casi todos los países del mundo que tienen ciudades de más de 1:500.000 habitantes existe un centro de trauma y, además, el sector público necesita centralizar este tipo de afecciones en algún lugar.

Por eso proponemos la creación -a través de una unidad ejecutora nueva- del Centro Hospitalario Libertad que, en realidad, va a reunir a otras dos unidades ejecutoras: el Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología -que actualmente funciona al lado del Hospital de Clínicas, en un edificio en muy malas condiciones- y un centro de traumas que recepcione este tipo de pacientes y que permita centralizar la asistencia y obtener mejores resultados sanitarios.

SEÑOR SOLARI.- Me parece que en el artículo 715 falta un aspecto y tiene que ver con la naturaleza del establecimiento de este hospital de agudos o de trauma que se propone crear. Una de las dificultades más importantes que han tenido el Instituto de Traumatología y los centros de internación de mutualistas, tanto en Montevideo como en el interior, es la carencia de una infraestructura de servicios que permita atender, no solamente el resultado del trauma en sí, sino todas las otras condiciones paralelas que se mueven alrededor de un enfermo politraumatizado que pueda tener afectados distintos órganos. Entonces, a los efectos de la calificación sería bueno -suponiendo que el Edificio Libertad tuviera las condiciones para convertirse en un hospital de agudos- que no se creara como un centro de trauma -que sí tiene que serlo- sino como un hospital de agudos, con toda la complementación de los servicios necesarios, es decir, con dotaciones de urgencia y, por lo tanto, personal en nefrología, en cardiología, como así también en cada una de las distintas especialidades. Creo que ese es un elemento muy importante y no está consignado en el articulado.

Pero, además, hay una segunda consideración que quiero formular. No queda muy claro, para quien mira la estructura asistencial de ASSE, por qué en el artículo 715 se crea este hospital y, por otro lado, a través del artículo 712 se crea el Programa de “Atención de Urgencia y Emergencia Prehospitalaria y Traslado”, donde es fundamental que quienes atienden lo prehospitalario y el traslado tengan un punto de referencia muy importante. Entonces, sería bueno vincular una cosa con la otra, salvo que se esté creando una red de traslados generalizada, cuyas bocas de salida puedan ser los Hospitales Maciel, Pasteur, de Clínicas, Libertad, etcétera, pero en ese caso, en definitiva, no estaríamos modificando mucho la situación actual.

SEÑOR LARRAÑAGA.- Cuando se trate el artículo 717 voy a realizar una constancia.

SEÑOR ABREU.- Quisiera formular una pregunta desde el desconocimiento en materia de idoneidad arquitectónica. He escuchado, sin ser especialista, que la refacción y el reajuste de edificios de esta naturaleza no son la nueva modernidad en materia de construcción de hospitales. Es más, muchos han hablado y opinan sobre la inadecuación del Hospital de Clínicas, teniendo en cuenta la modernidad con respecto a la construcción de edificios un poco más bajos.

¿Se ha evaluado todo este tema como para que un edificio construido en una primera instancia, para el Ministerio de Defensa Nacional, luego para el Poder Ejecutivo, ahora sea un hospital de agudos? ¿El edificio está en condiciones arquitectónicas para ello? ¿Vamos a poner recursos y más recursos en vez de construir algo nuevo que sea más económico y moderno?

Cuando uno ve las partidas que se están destinando -$ 100:000.000 anuales- y todo lo concerniente a los recursos, ¿esto es un compromiso político de declaración o hay un informe técnico adecuado? Entonces, quisiera saber si hay, repito, un informe técnico adecuado que diga que este edificio, desde el punto de vista arquitectónico y urbanístico, es adecuado para un hospital.

SEÑOR RUBIO.- Quiero decir -y me consta- que si en algo no hay improvisaciones es en este tema. Dicho sea de paso, me gustaría que haya referencias no solo a la parte del vaso que le falta el agua, sino a la parte que sí la tiene, porque en los artículos anteriores se habla de compromiso de gestión y de salario variable, lo cual ha sido históricamente un tabú invencible en la sociedad uruguaya.

También quiero manifestar que durante cuatro años el doctor Tabaré Vázquez insistió sobre el proyecto del hospital en el Edificio Libertad, y que hay estudios abundantes -como me consta- acerca de su viabilidad, su ubicación estratégica, el helipuerto, como así también las obras complementarias que habría que hacer, por ejemplo, los ascensores, en un edificio que simplemente es una caja, porque como todos sabemos, adentro no tiene prácticamente nada, salvo tabiques que se pueden correr en cualquier dirección.

Muchas gracias, señor Presidente.

SEÑORA TOPOLANSKY.- Quiero aclarar que este proyecto arquitectónico tuvo una presentación pública y quien quiso presenciarla, lo pudo hacer. Es dirigido por el arquitecto Thomas Sprechmann, que está especializado en construcciones hospitalarias y es el mejor profesional que tenemos en el país en esa materia. Si alguien duda de lo que estoy diciendo, puede preguntar al señor Senador Penadés, ya que tienen una relación de parentesco.

Precisamente, esto sucedió en forma previa, porque se trataba de habilitar o descartar el proyecto arquitectónico. Sprechmann ha construido en toda la región, incluidos Argentina y Brasil. También diseñó el proyecto del Hospital Policial, que desde el punto de vista arquitectónico funciona muy bien. Por lo tanto, todo lo que tiene que ver con el proyecto arquitectónico está absolutamente garantizado. Por supuesto, como toda reforma, esta también tiene un costo.

SEÑOR SOLARI.- Creí que no era esencial referirme a los tres artículos que se trataron en forma conjunta: el 713, el 714 y el 722. Sin perjuicio de ello, quiero dejar constancia de que cuando se habla de remuneraciones variables -lo que fue mencionado por el señor Senador Rubio- es muy importante exponer los criterios en base a los cuales se va a manejar esa variabilidad. Espero que en el artículo 713 -y las especialidades médicas que están nombradas me inducen a pensar que ello es así- no se esté pensando en una remuneración variable en función de la cantidad de actos médicos, ya que, como todos sabemos, eso tiene efectos muy nocivos para la administración de los servicios de salud. Parecería que no es así pero, de cualquier manera, no está expresado, como tampoco lo está en el artículo 714.

Además, quiero señalar que estos dos artículos se contradicen con lo que se ha dicho en cuanto a la tendencia a disminuir cada vez más la importancia del financiamiento a través de las Comisiones de Apoyo. Estas Comisiones fueron creadas en 1990 precisamente para poder atraer personal calificado, de manera de que los servicios que en ese momento Salud Pública contrataba en instituciones privadas se pudieran brindar en los propios establecimientos de ASSE en condiciones adecuadas; la infraestructura y el equipamiento existían, sin embargo era imposible contratar personal a los efectos de que la atención fuera competitiva con la de esos servicios privados a los cuales el Ministerio de Salud Pública les pagaba para que le atendiera sus pacientes. De manera que ni tanto, ni tan poco.

Por último, quiero decir que la demostración de que las Comisiones de Apoyo tendrán que seguir funcionando surge claramente de los incisos finales de los artículos 713 y 714.

SEÑOR BUCHINO.- Voy a hacer referencia al Centro Hospitalario Libertad, que brindará atención en enfermedades traumáticas.

El proyecto arquitectónico fue realizado por el arquitecto Thomas Sprechmann y su equipo, integrado por los arquitectos Marcelo Danza y Jorge Tuset, quienes también tienen amplísima experiencia en este tema. Tal como planteó la señora Senadora Topolansky, se trata de profesionales de destacada trayectoria.

Como sabrán los señores Senadores, el Edificio Libertad es, simplemente, una “cáscara de cemento”; las divisiones internas pueden desmantelarse en el día, por lo tanto, es más que apto para la construcción de un hospital. El proyecto arquitectónico se encuentra en una etapa avanzada de desarrollo. Si los señores Senadores desean verlo, aunque no está en formato electrónico, lo podemos dejar y luego acercar más información. Es un edificio ideal para construir un hospital. Sobre lo dicho en cuanto a que el tratamiento de los pacientes debe ser integral, cabe aclarar que todo el proyecto funcional integra todas las especialidades que debe cubrir un centro hospitalario.

Con respecto a la unidad de traslado y de emergencia prehospitalaria, debo señalar que se trata de una unidad ejecutora aparte, pero que trabaja en forma muy directa porque provee los pacientes, además de los traslados que hacen los móviles de los servicios 105 y 911 a ese centro.

SEÑORA FERREIRA.- Con relación a las remuneraciones variables a que refería el señor Senador Solari, cabe aclarar lo siguiente.

El concepto de pago variable no es igual al de pago por acto médico que ocurre en algunas mutualistas. Es decir, se distribuye un monto fijo y el pago variable cambia según el número de prestaciones que realicen los médicos. No se trata de un arancel que se paga por acto, sino de una distribución o de una forma de incentivo variable a la productividad. Según el artículo 713, el pago o la distribución se harán por egreso hospitalario e involucra el correcto y completo registro, por parte del profesional que atiende al paciente, de los diagnósticos y procedimientos con su correspondiente codificación para realizar agrupamientos de pacientes y mejorar las estadísticas y la determinación de costos hospitalarios.

En el artículo 714, que tiene que ver con los médicos del primer nivel de atención, se dice que es por capitación y se maneja nuevamente el mismo concepto. Es decir, la capitación no es una cápita fija, sino la distribución de un monto. Por esa razón, en el proyecto de ley se solicita la votación de la partida fija anual para distribuir entre los procedimientos o la población asignada.

Con relación a la otra pregunta que hizo el señor Senador, aclaro que el pago variable se realiza por el Rubro 0, es decir, no está previsto que se efectúe por la Comisión de Apoyo.

Los dos párrafos finales de los artículos -como ya se explicó en los artículos anteriores- establecen que habrá profesionales que seguirán siendo de la Comisión de Apoyo y el Patronato del Psicópata durante algunos años, porque la incorporación se realizará en forma progresiva. Esto significa que, aquellos profesionales que todavía no fueron incorporados con su cargo al Presupuesto, podrán percibir la remuneración variable.

SEÑOR SOLARI.- No quiero ingresar en una polémica de sordos, pero el inciso final del artículo 713, dice: "Facúltase a la Administración de los Servicios de Salud del Estado a distribuir anualmente dicha partida" -es decir, la partida del artículo- "entre Comisiones de Apoyo, Patronato del Psicópata y directamente al concepto de remuneración variable". No cabe ninguna duda, pues, que esa partida va para las Comisiones de Apoyo y el Patronato del Psicópata, y lo propio ocurre en el artículo siguiente.

SEÑOR BUCHINO.- El artículo 717 hace referencia a las partidas destinadas a la ampliación y remodelación del Hospital Pasteur. Sabido es que se trata de un centro de referencia nacional, que brinda asistencia médico-quirúrgica y tiene una dotación de 269 camas, distribuidas en distintos pabellones con capacidad para 8 y hasta 17 camas, dependiendo del servicio. Su principal debilidad es su planta física pues, pese a que se le han hecho mantenimientos, tiene un gran deterioro y no se ha logrado resolver la problemática de fondo. No debemos olvidar que ese edificio es patrimonio histórico, lo que implica tener algunas consideraciones en el momento de iniciar obras, reparaciones y mantenimiento, porque no todo es posible en ese tipo de construcciones. Por lo tanto, se piensa iniciar un proceso de remodelación que incluya las áreas de Block Quirúrgico, CTI y pabellones de internación, con la finalidad de mejorar la calidad en la asistencia brindada y optimizar el funcionamiento de los servicios en las policlínicas que se están construyendo en el padrón de enfrente.

SEÑOR LARRAÑAGA.- Quiero hacer una referencia general y breve.

A nuestro juicio, es de enorme importancia que el país, específicamente Montevideo, tenga un Centro Hospitalario en el Cerro; este es un problema de prioridades y nosotros respetuosamente expresamos la nuestra. Tal vez podamos estar en una línea equivocada, pero estamos hablando de mucha gente.

Por otro lado, quiero referirme al artículo 717, relacionado con las obras de ampliación y remodelación del Hospital Pasteur. Pensamos que el fundamento que se ha hecho para remodelar este hospital, no es el adecuado; es más, entendemos que el nuevo hospital se debería levantar en el terreno que se dispone; esa es nuestra posición. Edificar sobre un edificio de esas características, cuya

construcción es de hace más de cien años -según me acota el señor Senador Solari- que tiene todos los problemas que conocemos, nos lleva a afiliarnos con más fuerza a la tesis de la edificación de un nuevo Hospital Pasteur en el terreno que el doctor citó, pues según se ha expresado está habilitado. Reitero que no soy referente en la materia.

De la misma manera, ya que de hospitales estamos hablando y a cuenta de pedir, nos parece que la Ciudad de la Costa también se debería incluir dentro de las prioridades, pues involucra un entorno de 200.000 personas. Lamentablemente, como ya advertimos en la consideración del artículo 709, se suprime la Unidad Ejecutora 075, "Centro Auxiliar de la Ciudad de la Costa".

Estas son algunas de las puntualizaciones de las que queríamos dejar constancia sobre la determinación de las prioridades. Obviamente quien habla representa a un partido de la oposición -y no al Gobierno a quien le asiste el derecho y la legitimidad de establecer las prioridades- y desde allí señalamos cuáles serían nuestras prioridades respecto a la construcción de centros de estas características para beneficio de la población.

SEÑOR BUCHINO.- Quiero aclarar que el grueso de las obras que se planifican para el Hospital Pasteur no se van a hacer sobre el edificio viejo, sino justamente donde propone el señor Senador. Por lo tanto, en eso coincidimos.

ASSE, a lo largo de su historia, siempre contó con un presupuesto anual para obras y remodelaciones, lo que nos da la posibilidad de que continuamente podamos considerar la implementación de modificaciones en infraestructuras edilicias; por eso, vamos a estudiar todas las mejoras en los lugares que se propongan y que estén al alcance de la Administración.

SEÑORA FERREIRA.- El artículo 718 refiere a la creación de la Unidad Ejecutora 086, Dirección del Sistema de Atención Integral de las Personas Privadas de Libertad. Esto significa que ASSE, a partir de este año y en forma gradual el próximo, tendrá bajo su responsabilidad la atención de las personas privadas de libertad en todas las cárceles del país. En este momento la atención a quienes se encuentran en el COMPEN y en "El Molino" es realizada por personal contratado que depende de la unidad ejecutora del Hospital Saint Bois.

Entonces, lo que proponemos es la creación de una unidad ejecutora que pueda tener su propio presupuesto y personal asignado, a los efectos de poder desarrollar, tanto la atención primaria como la de segundo nivel en algún caso, más allá de que este tipo de atención -que es de mayor complejidad- y la de tercer nivel se siguen brindando en los hospitales de ASSE. De todas formas, se propone fortalecer la atención dentro del ambiente de las cárceles.

SEÑOR SOLARI.- Escucho a la doctora con mucho respeto y pienso en el desastre ocurrido en la Cárcel de Rocha. En un caso así -en el que se necesita atender a pacientes con quemaduras graves- no es comprensible que el Director de la Cárcel tenga que llamar a esta unidad ejecutora, es decir, a la Dirección del Sistema de Atención Integral de las Personas Privadas de Libertad para ver si atiende a estos pacientes, cuando hay una unidad ejecutora que puede hacerlo y que está radicada a dos o tres cuadras. De la manera en que está expresado, parece que se tratara de la centralización de una atención que, en todo caso, tendría que estar muy descentralizada para atender a estas personas. Quería expresar eso en lo que tiene que ver con la creación de la unidad ejecutora. Sin perjuicio de ello, puede ser bueno que exista un programa a los efectos de determinar qué acciones, qué capacitación, qué procedimientos y qué protocolos se van implementar. Pero eso es distinto; acá lo que se crea es una unidad ejecutora. Entonces, el Director de la Cárcel de Rocha va a llamar para ver si la Unidad Ejecutora 086 tiene los recursos necesarios para poder atender a un quemado grave, que deberá ser trasladado desde Rocha a Montevideo. Realmente, no lo entiendo.

SEÑORA FERREIRA.- Tal vez no lo expliqué claramente. El personal y los recursos materiales -insumos y medicamentos- de la unidad ejecutora encargada de la atención integral de las personas privadas de libertad, están completamente descentralizados en todo el país. Físicamente, hay un área que es la administración, pero los profesionales que atienden a los presos están en las cárceles. En este momento, recién estamos comenzando la atención en el COMCAR, pero este Programa prevé que haya dentro de las cárceles un médico de guardia, medicamentos, enfermería y atención en policlínica. Entonces, no es que tengan que llamar a la unidad ejecutora, sino que la atención se hace adentro de las cárceles.

Respecto a lo que sucedió en la Cárcel de Rocha, aunque hubiera estado presente un médico, de todas maneras, los presos tenían que ser trasladados -y van a seguir siéndolo- al Hospital de Rocha o al Centro Nacional de Quemados, como ocurrió. De modo que aunque haya un médico en la cárcel -como lo va a haber- este tipo de catástrofes o emergencias van a seguir siendo tratadas de esta manera. Con la creación de la unidad ejecutora, la idea es que tanto los recursos humanos como los insumos se asignen a la misma, de forma de poder administrarlos de una manera más eficiente.

SEÑOR BUCHINO.- El artículo 719 refiere a la creación de la Dirección de Comunicación Institucional. Con la descentralización de ASSE, es necesario desarrollar una política de comunicación institucional que involucra la difusión de las diferentes prestaciones, servicios y políticas de salud que la administración lleva a cabo. La implementación y el desarrollo de un área de comunicación permitirán posicionar públicamente a la institución en su rol de prestador de servicios integrantes del sistema, además de permitir una mejor difusión con los diferentes agentes, usuarios y funcionarios. Todo ello permitirá brindar un mejor servicio.

SEÑOR ABREU.- Si no estoy equivocado, estamos hablando de $ 8:000.000 anuales, por lo que, para los cinco años de Gobierno serían $ 40:000.000, que equivaldrían a US$ 2:000.000 con destino a la Dirección de Comunicación Institucional. Me pregunto si se distribuye entre sueldos, formación, contratación de terceros y agencia de publicidad. ¿Hay algún plan de comunicación solicitado para tener una contrapartida de esta naturaleza? Se trata de un Presupuesto por Programa, por lo tanto, si se crea una unidad de esta naturaleza, ¿cuáles son sus metas y objetivos; qué recursos están asignados, y qué parte va a gasto y cuál a inversión?

SEÑOR BUCHINO.- Se trata de los gastos de funcionamiento de la Dirección de Comunicación Institucional. Hoy ASSE no tiene en su presupuesto ningún gasto como para contratar empresas de publicidad, hacer folletería, o colocar cartelería dentro de los hospitales. Desde nuestro punto de vista, es un monto muy poco significativo si lo comparamos con las inversiones de las empresas del Estado en comunicación.

SEÑOR ABREU.- Pero mal de muchos…

SEÑORA MIRALLES.- El artículo 720 se refiere al programa de Formación y Fortalecimiento de los Recursos Humanos de los Servicios de Salud, que fue creado por el artículo 487 de la Ley Nº 18.362 recientemente aprobada por el Parlamento. Tiene como fines contribuir al bienestar y al desarrollo social a través de mejoras ostensibles en los niveles de salud de la población. Está concebido para fortalecer la formación de los recursos humanos necesarios para la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, ejecutándose en forma conjunta mediante un convenio específico entre ASSE y la Facultad de Medicina. Dentro de sus herramientas fundamentales diseñadas para la concreción de sus objetivos encontramos: el fortalecimiento del Sistema Nacional de Residencias Médicas y la puesta en marcha de su programa para la consolidación de unidades docentes asistenciales. Es un programa de enorme impacto estratégico tanto para ASSE como para la Facultad de Medicina, y propone mejorar en calidad y en cantidad la formación de los recursos humanos, que en este momento está en crisis. Son unidades de gestión coordinadas entre ASSE y la Facultad de Medicina, tanto para la formación de recursos humanos como para una mejor asistencia de los pacientes, lo que impacta en la cobertura y en los niveles de resolutividad. Asimismo, permite la descentralización administrativa y asistencial de las áreas docentes. Estos programas se presentan en la Unidad Docente Asistencial. Un equipo de gestión aprueba estos programas que se desarrollan en los distintos hospitales con metas a fortalecer recursos humanos, a mejorar la atención y la gestión en cada lugar. Tenemos un grave problema, hay un artículo que no ingresó en el Presupuesto pero ya lo hemos distribuido. Queremos llamar la atención sobre este punto como ya lo hicimos en la Comisión de Salud. En unas cuantas especialidades como, por ejemplo, quirúrgica, neonatología, pediatría intensiva y anestesia estamos viviendo una grave crisis. Contamos con escasos recursos humanos porque en los últimos tiempos se han formado pocos especialistas y además, muchos iniciaron este posgrado por competencia notoria y la gente que ingresó de esa forma está llegando a la edad jubilatoria, por lo tanto, se va a producir un aumento en la crisis que afecta a estos recursos humanos.

(Ocupa la Presidencia el señor Senador Larrañaga.)

-Creemos que mejorar el sistema de residencias médicas en unos años va a permitir compensar esta situación. Se trata de un artículo que les hicimos llegar previendo la formación de más cargos de residentes en las distintas especialidades. Queda a consideración de los señores Senadores poder hacerlo o no.

SEÑOR SOLARI.- Si no estoy equivocado, estamos tratando el artículo 720.

SEÑOR PRESIDENTE.- Así es.

SEÑOR SOLARI.- La expositora habló de convenios entre ASSE y la Facultad de Medicina que no aparece nombrada en el artículo a consideración. Por otro lado, me pregunto a qué Facultad de Medicina se está refiriendo porque en Uruguay hay, por lo menos, más de una. Por ejemplo, tenemos la Facultad de Medicina CLAEH, en Punta del Este. Además, la explicación brindada me genera una gran duda respecto al énfasis en el fortalecimiento del primer nivel de atención de salud. Si no entiendo mal, dentro de la Universidad de la República, la Facultad de Enfermería está separada de la Facultad de Medicina y la Escuela de Enfermería de la UCUDAL no está vinculada a ninguna Facultad de Medicina, como tampoco lo está la Escuela de Servicio Social. Para poder fortalecer el primer nivel de atención de salud se necesita una enorme cantidad de personal de enfermería y de asistencia social.

En primer lugar, quisiera saber si esto involucra solamente a centros de nivel universitario públicos y privados; en segundo término, si involucra solamente a médicos o también al personal que se necesita para el primer nivel de atención y, en tercer lugar, qué garantías vamos a tener de que el personal creado con estos fondos no sea removido de esos cargos para los cuales son capacitados, como lo han sido varios de los Directores que habían sido capacitados con fondos de ASSE.

Muchas gracias.

SEÑOR ABREU.- Si no estoy equivocado, estamos hablando de una partida de US$ 25:000.000 para ser destinada a la Formación y Fortalecimiento de los Recursos Humanos de los Servicios de Salud. Un Presupuesto por Programa lo menos que puede tener es un desglose adecuado de cada uno de los proyectos y programas. Estamos hablando de US$ 25:000.000 y, simultáneamente, le estamos diciendo a los pacientes de la Colonia Santín Carlos Rossi que le vamos a quitar el 50% de sus pensiones para financiar estos servicios. A mi juicio, aquí hay una desproporción muy grande que tenemos que medir de alguna forma.

Entiendo que la formación de recursos humanos es muy importante, como también lo es el fortalecimiento de las residencias médicas y la atención primaria de salud. Pero, reitero que estamos hablando de una suma de US$ 25:000.000 que no está desglosada en un programa donde cada uno de los señores Senadores pueda ver realmente a qué se destina el Presupuesto por Programa. De lo contrario, tomamos la Constitución de la República y determinamos que no existe más el Presupuesto por Programa. Repito: estamos hablando de US$ 25:000.000 de todos los uruguayos destinados a la formación y fortalecimiento de los recursos humanos de los servicios de salud. Me pregunto lo siguiente: ¿no estaremos desnivelando algunos aspectos? Desconozco el tema de la formación y de los posgrados, luego veremos algunos de esos artículos. No se trata de que tenga una posición de iconoclasta, sino de equilibrio adecuado en la definición. Aquí hay recursos que todos los uruguayos van a poner de su bolsillo, y cuando se miran a través de un presupuesto por programas, debe quedar claro cuáles son las metas y objetivos que se plantean. No se trata solo de un convenio con la Facultad de Medicina; yo entiendo la preocupación planteada, pero vuelvo a insistir en que estamos hablando de US$ 25:000.000.

SEÑORA MIRALLES.- En realidad, el fortalecimiento de los recursos humanos es uno de los objetivos de este programa. Tenemos un problema como país y no como ASSE en la provisión de recursos humanos. Hay una gran asimetría entre lo que es el salario docente y el salario asistencial a nivel de ASSE. Cada vez tenemos menos docentes en virtud de los magros salarios que reciben. Este programa, justamente, complementa entre docentes y médicos de ASSE para crear unidades de gestión, con el objetivo de formar recursos humanos. Además, esto mejora la asistencia, porque se sabe que cuando hay recursos en formación académica se logra una mejora en la asistencia de los pacientes.

Cada uno de los proyectos que integran las unidades docentes-asistenciales tienen objetivos claros y metas e indicadores a cumplir y, de esa forma, se monitorean. Existe una unidad de gestión que tienen todos estos proyectos que se han ejecutado a lo largo del año y que podemos hacer llegar al señor Senador. Estos proyectos contemplan tanto recursos humanos de segundo y tercer nivel de atención, como aquellos del primer nivel.

Por otra parte, existen unidades docentes - asistenciales distribuidas en todo el país; hay en Paysandú, en Salto, en Florida y en Tacuarembó, justamente favoreciendo la descentralización de la formación de los recursos humanos. Además de esto es fundamental la evaluación continua que está contemplada en el programa y el cumplimiento de los objetivos. Creemos que esto es bastante innovador porque permite el seguimiento estrecho de los programas, tanto en asistencia y en formación como en gestión y ejecución. Sin dudas, podemos hacer llegar a los señores Senadores los objetivos del programa y de cada una de las unidades docentes - asistenciales que, por ejemplo, en la formación de anestesistas ha ampliado las plazas para poder formar muchos más residentes. Hasta ahora esos residentes eran entre doce y quince, y a partir de este año se van a formar treinta residentes de anestesiología y, en realidad, se podría formar otro tanto si hubiera recursos presupuestales, gracias a la creación de estas unidades docentes - asistenciales distribuidas en el interior y en la capital. Creemos que esta es una forma de que los recursos humanos altamente calificados permanezcan en el sistema. Cuando un docente que integra una unidad docente - asistencial termina con su cargo en la Facultad de Medicina, a través de este programa es absorbido y se mantiene en el Presupuesto a través del financiamiento del programa. Justamente el objetivo es que se formen recursos altamente calificados y se mantengan en el sistema.

SEÑOR BUCHINO.- El artículo 721 hace referencia al Convenio entre el Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina de la Universidad de la República y ASSE. Dicho Convenio se trabajó el año pasado y se finalizó este año, y lo que pretende es generar un instrumento mediante el cual el Hospital de Clínicas se incorpora formalmente al Sistema Nacional Integrado de Salud, determinando áreas de actividad que van a ser financiadas a través de estos montos. Asimismo, permite referenciar al Hospital de Clínicas -que es un hospital de segundo y tercer nivel- a las unidades de atención del primer nivel de Montevideo y de la zona metropolitana, así como a unidades de segundo nivel del resto de los departamentos, sobre todo de la región este. Básicamente, financiará actividades a nivel de la emergencia del Hospital de Clínicas, de la cirugía, de las camas de cuidados convencionales y de las de CTI.

SEÑOR SOLARI.- Quiero dejar constancia de que el Hospital de Clínicas no integra el Sistema Nacional Integrado de Salud y el artículo no dice que lo vaya a integrar. Por lo tanto, aquí se destina una determinada cantidad de recursos para un establecimiento que depende de otro Inciso.

SEÑOR ABREU.- Como criterio general, insisto en que no sé para qué está la Comisión del Senado o el Parlamento. En realidad, estamos hablando de US$ 15:000.000, entre otras cosas. El tema es que quienes son responsables -lo que me parece muy bien- de la administración de los recursos en un Presupuesto, deberían brindar un desglose adecuado de los mismos, porque que nos hablen de “US$ 15:000.000 de gastos de funcionamiento” para nosotros es como algo esotérico, que desconocemos. Lo menos que podemos hacer es trabajar en este tema. Ahora que está de moda el PowerPoint, nuestros visitantes podrían haber traído alguno para mostrarnos cómo se desglosan los distintos rubros en ASSE.

En lo personal, tengo una gran confusión de recursos. Hay 30.000 funcionarios y decenas y decenas de millones de dólares y, la verdad es que, desde el punto de vista de un presupuesto por programa y más allá de las limitaciones naturales que cada uno aporta -que no son pocas- como Legislador, uno se va ausente de un sentido sistémico y orgánico de un proyecto nada menos que en el ámbito de la asistencia social y de la salud.

SEÑORA TOPOLANSKY.- En oportunidad de la concurrencia a este ámbito de los representantes de la UDELAR, hablamos de este tema y del convenio que el FONASA realizó con el Hospital de Clínicas, porque éste está comprendido dentro del Inciso de la Universidad de la República. En virtud de que el Hospital de Clínicas no es un prestador integral de salud, su forma de vinculación con el FONASA es diferente y para determinadas prestaciones, por lo que la cifra que está incluida en el artículo implica esas prestaciones.

Además, de acuerdo con lo que explicó el doctor Tonto en esa ocasión, el Hospital de Clínicas tenderá a transformarse en un hospital de especializaciones de alta tecnología. Es más, recuerdo que nosotros consultamos a nuestros visitantes sobre el CENAQUE, que tanto nos preocupa, pues se financia con el Fondo Nacional de Recursos y no tiene un presupuesto continuo.

En fin, sobre estos temas estuvimos hablando largamente en oportunidad de la comparecencia de los representantes del Inciso. Por lo tanto, recomiendo que los señores Senadores se remitan a la versión taquigráfica correspondiente, porque la partida que aquí figura, completamente lógica, la va a poner el FONASA. Esto era lo que quería aclarar.

(Ocupa la Presidencia la señora Senadora Dalmás.)

SEÑOR RUBIO.- Creo que si hay necesidad de contar con información complementaria -como en todos los casos- los señores Senadores la podrán solicitar y el Ministerio, ASSE en este caso, o el organismo de que se trate, nos la podrán enviar.

De todas formas, considero que no se debe partir de la base de que son 30.000 funcionarios, porque según el observatorio de la Oficina Nacional del Servicio Civil, la cifra oscilaría los 18.200. Otra cosa son las Comisiones de Apoyo y el Ministerio de Salud Pública.

Partamos de la base de que también es un proceso de transformación institucional y de ordenamiento. Recuerdo cuando la Ministra María Julia Muñoz preguntó en el Consejo de Ministros cuántos eran los funcionarios que revestían funciones en el Ministerio de Salud Pública y se le respondió que eran 16.500; al mes siguiente preguntó cuántos recibos se habían pagado, y eran 24.000. Eso demuestra lo compleja que es la situación.

Por lo tanto, considero que todos vamos a recibir la información complementaria y que además va a ser productiva.

SEÑOR MINISTRO.- Quisiera formular dos observaciones sobre el Hospital de Clínicas. La primera de ellas es que seguramente hubo una confusión semántica entre el Sistema Nacional Integrado de Salud y el Seguro Nacional de Salud. Efectivamente, el Hospital de Clínicas no integra el Seguro Nacional de Salud, no es un prestador integral que cobra cápitas al FONASA, pero sí integra el Sistema Nacional Integrado de Salud que por la Ley Nº 18.211 está constituido por todos los prestadores públicos y privados que brindan servicios sanitarios a la población. Entiendo que a veces los términos confundan, más aun tratándose de una reforma de tanta complejidad e importancia como la que hemos desarrollado.

En segundo lugar, haré una referencia al planteo del señor Senador Abreu, acerca de que efectivamente el Hospital de Clínicas integra el sistema y atiende básicamente a usuarios de ASSE. Es un 99% aunque puede haber algún porcentaje marginal. Hace dos años la señora Ministra me encomendó que liderara un grupo que estudiara la relación institucional -no solo la de hecho- que existía entre el Hospital de Clínicas y ASSE. En ese entonces ASSE tenía mayores dificultades porque no existía la convicción del actual Directorio de crear la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud -RIEPS- lo que hubiera resultado mucho más fácil; pero en aquel momento básicamente lo hicimos como un acuerdo entre partes y trabajamos más de un año. Es más, mañana se va a firmar el acuerdo a la hora 15 y 30 en el salón de actos de ASSE. Se entendió que el Hospital debía ser de segundo y tercer nivel de atención de adultos, aunque en este acuerdo se trata del segundo nivel y se definieron cuatro variables: CTI de adultos, internación de cuidados moderados, consultas en emergencia e intervenciones quirúrgicas. Los 70:000.000 se componen de un número de operaciones en cada uno de estos rubros, multiplicado por el precio de referencia, que fue acordado entre ASSE y el Hospital de Clínicas. Lógicamente, ese monto es a precio de 2010, lo que en 2011 será un poco más.

Consideramos que el proyecto tiene tres virtudes en cuanto a la coordinación entre ASSE y el Hospital de Clínicas. En primer lugar, define indicadores de gestión del Hospital respecto a usuarios de ASSE, es decir, se sabrá cuántas operaciones quirúrgicas tuvieron sus usuarios en el hospital; además, puede saber de antemano que si las intervenciones previstas superan el 10% -o sea, 4.632- las debe comenzar a pagar con costo, y si queda por debajo de ese porcentaje se descuenta, para estimular el uso de los recursos por parte del hospital universitario.

El segundo aspecto importante es que va a haber un reconocimiento económico hacia el hospital, algo que de alguna manera hizo hasta 2007.

Por último, lo más importante del acuerdo es que los usuarios de ASSE que ingresan al Hospital de Clínicas, lo hacen bajo la lógica de conducción asistencial de ASSE, es decir que no va cualquiera a hacer cualquier cosa. Quiere decir que la RIEPS -que esperemos el Senado apruebe- empieza a tener forma de integración asistencial. El Hospital de Clínicas pasa a ser, entonces, un integrante del Sistema Nacional Integrado de Salud que llega -como decía la Senadora Topolansky- al FONASA a través de su vínculo con un prestador integral, representado en los Servicios de Salud del Estado.

Este sería el esquema general. De todos modos, el acuerdo completo que se firmará mañana contiene una parte de objetivos, a la que no me referiré pues no quiero ocupar más tiempo de los señores Senadores.

En definitiva, quería plantear estos cuatro aspectos y, sobre todo, comentar que este proceso ha sido largo, pues comenzó en 2008, y se aceleró notoriamente en su firma a partir de la voluntad política del nuevo Directorio en cuanto a hacer del acuerdo ASSE - Hospital de Clínicas, uno de los factores de integración asistencial entre dos instituciones que pertenecen al sistema y una de las cuales pertenece también al seguro.

SEÑORA GREYF.- El artículo 723 refiere a la creación de la Unidad Ejecutora “Asistencia Integral”. Se hace hincapié en el desarrollo de una estrategia basada en la atención complementaria que se brinda a los funcionarios y ex funcionarios jubilados, dependientes tanto del Ministerio de Salud Pública como de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, y a los trabajadores que al 1º de enero de 2001 pertenecían a la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa, así como el cónyuge y familiares en primer grado de consanguinidad. Se impone la necesidad de constituir la unidad ejecutora, a los efectos de mejorar la coordinación y complementación de los servicios que se prestan, evitando duplicaciones y contribuyendo a la sustentabilidad de la atención y la disminución de los costos de la misma.

SEÑORA FERREIRA.- El artículo 724 hace referencia a una partida para las Colonias Psiquiátricas doctor Bernardo Etchepare y doctor Santín Carlos Rossi, a fin de realizar obras complementarias a las que se han venido llevando a cabo hasta ahora. Este tema también fue conversado en las comisiones de salud del Parlamento, por lo que creo que la mayoría de los señores Senadores lo conocen. Por tanto, lo que plantea este artículo es la aprobación de un refuerzo presupuestal específico para las colonias psiquiátricas.

SEÑOR ABREU.- Aclaro que más adelante voy a requerir una información más detallada sobre las necesidades de estas dos Colonias, sobre si lo que se otorga ahora es en función de determinadas necesidades urgentes y sobre qué es lo que realmente puede ser efectivo para mejorar la prestación, sabiendo que se están asignando cifras importantes. De todos modos, quiero hacer una propuesta que dejaré a consideración del Ministerio y que es la eliminación del artículo 704. Con total franqueza debo decir que no me parece adecuado quitar el 50% de las pensiones a los enfermos psiquiátricos que están en esas Colonias -las que conozco- teniendo en cuenta esta danza de millones de dólares de toda naturaleza. Por tanto, creo que eliminar este artículo sería un gesto de sensibilidad que bien podría ser compartido por todos nosotros.

SEÑORA PRESIDENTA.- Tomará nota el Ministerio y nos contestará al respecto.

Continuamos con el análisis del articulado.

SEÑORA FERREIRA.- Para complementar la información sobre el artículo 724, advierto que vamos a hacer llegar a los señores Senadores el plan de obra de la Colonia Etchepare. A modo de adelanto, puedo decir que lo que se proyecta son $ 12:000.000 para la cocina y el lavadero y $ 80:000.000 para la remodelación de pabellones, electricidad y saneamiento.

SEÑORA GREYF.- Deseo realizar una aclaración con respecto al artículo 704, que es al que recién se refirió el señor Senador Abreu.

Los Directores de las Colonias son los curadores legales de los incapaces, en este caso, en virtud de lo que establece el Código Civil.

SEÑOR ABREU.- Quiero aclarar que una cosa es la curatela, que tiene responsabilidades muy claras, y otra es decir al curador que, por ley, está en condiciones de sacar el 50% de su pensión a estos enfermos.

Considero que la curatela tiene funciones muy importantes, pero no necesariamente debe estar reforzada con una autorización de esta naturaleza. Digo esto porque estamos hablando, quizás, de los más indefensos de los indefensos internados en sanatorios psiquiátricos, a quienes además de las responsabilidades de la curatela, les vamos a decir que el 50% de su pensión la va a retener su curador. Me parece que tomar este tipo de medidas significa cortar por el lado más fino un sistema de salud que, se supone, debería tener las prioridades para el más frágil e indigente.

En mi opinión, esta es una contradicción con la filosofía de gobierno.

Muchas gracias.

SEÑORA PRESIDENTA.- Pasamos al artículo 725.

SEÑORA GREYF.- Este artículo refiere a transformaciones de cargos. Básicamente propone, por razones de buena administración que impone ASSE, contar con la facultad de efectuar las transformaciones de cargos necesarias para lograr que su estructura presupuestal sea a imagen de la estructura funcional del Organismo.

Al respecto, cabe señalar la dinámica que caracteriza a los servicios asistenciales de esta Administración, en los cuales las razones de servicio y la capacitación permanente de los recursos humanos generan la existencia de personal que desempeña funciones inherentes a cargos presupuestales diversos de los que depende.

SEÑORA PRESIDENTA.- Pasamos al artículo 726.

SEÑORA GREYF.- Este artículo refiere a la salud ocupacional en el marco de la estrategia mundial de salud ocupacional propulsada por la Organización Mundial de la Salud.

En este sentido, ASSE propone la creación de servicios integrales de salud y seguridad ocupacional para sus trabajadores en toda su Red y en forma gradual, durante el período 2011 - 2014.

Cada vez hay mayor cantidad de riesgos y problemas sanitarios relacionados con los ambientes laborales, más aun tratándose de personal de la salud, dada la complejidad y especialidad de la labor que desarrolla.

La promoción y protección de la salud, junto con una adecuada asistencia en los lugares de trabajo resultan un medio indispensable para disminuir la accidentalidad y las enfermedades profesionales, tan frecuentes en esta área, así como para lograr la protección del individuo y enaltecer la eficacia de la prestación del servicio sanitario que compete a nuestra Administración.

SEÑORA PRESIDENTA.- Pasamos al artículo 727.

SEÑOR BUCHINO.- Este artículo refiere al financiamiento de la creación de hasta cuarenta cargos de practicantes internos de la Escuela Latinoamericana de Medicina.

Cabe mencionar que hay más de cuatrocientos uruguayos estudiando esa carrera en Cuba, debido, entre otras razones, a que han tenido que emigrar por motivos económicos.

Debemos mencionar que, cuando visitamos ese país, uno de los reclamos que nos plantearon fue el hecho de que el Estado uruguayo no otorga el mismo tratamiento a quienes estudian en el

exterior que a aquellos que lo hacen en nuestro país.

ASSE implementa el sistema de practicante interno, lo que significa que cuando el estudiante egresa de la Facultad, entra en el régimen de practicante interno. Es de hacer notar que todos los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República acceden a ese tipo de cargo, que es de un año y está financiado. Sin embargo, los estudiantes que provienen del exterior no tienen la posibilidad de realizar estas prácticas, ya que no tienen cargos.

Por lo tanto, como el contingente es muy importante y, además, poseen una formación diferencial porque están formados en Medicina familiar y comunitaria, cuentan con el perfil ideal para el cambio del modelo de atención.

Lo que la reforma intenta lograr con la estrategia primaria de la salud es un financiamiento para que estén cubiertos los uruguayos que estudian medicina, tanto en el Uruguay como en el exterior.

SEÑOR SOLARI.- Quisiera saber si los egresados de la Facultad de Medicina del CLAEH -Centro Latinoamericano de Economía Humana, que creara Juan Pablo Terra- van a tener derecho a una ubicación compensada como la que está prevista en el artículo 727 para quienes egresen de la Escuela Latinoamericana de Medicina y sean uruguayos.

SEÑOR ABREU.- Creo que es compartible el reclamo que se hace desde el exterior en cuanto a oportunidades por parte de tantos uruguayos que estudian y que, por mil razones, se han ido del país. Me parece que sería bueno que el artículo alcanzara a todos los estudiantes de medicina uruguayos egresados en el exterior de la República porque, de lo contrario, estaríamos haciendo una discriminación a favor de determinado convenio. Creo que hay unos cuantos uruguayos peregrinos o migrantes en todos lados y que todos merecen tener la misma oportunidad. De manera que, más allá de que se puedan incorporar los que egresen de la Escuela Latinoamericana de Medicina, ampliaría el alcance del artículo a todos los uruguayos egresados en el exterior, para que todos tengan la misma oportunidad de hacer ese “practicantado”, como dice el artículo, más allá de que me parece que es una deformación semántica.

SEÑOR BUCHINO.- Con respecto a los estudiantes egresados de la Facultad de Medicina del CLAEH, creo que hasta el momento no hay ninguno, porque la primera tanda todavía no ha terminado. Pero, en realidad, se pueden presentar perfectamente, porque cuando ASSE financia los cargos de practicante, no tiene ninguna cláusula excluyente. Por lo tanto, todo aquel que tenga un título validado o sea egresado de una Facultad de Medicina se puede presentar.

En cuanto a la propuesta del señor Senador, creo que podemos modificar la redacción para que cualquier uruguayo que finalice una carrera de medicina en el exterior tenga las mismas oportunidades que los uruguayos que la finalizaron en nuestro país.

El artículo 728 refiere a la creación de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud., RIEPS. El literal E) del artículo 4º de la Ley Nº 18.211, que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud, dice que se va a procurar “lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros, y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse”. Se establece que el sector público realizará atención integral de las personas en todos los niveles de atención -es decir, el primero, el segundo y el tercero- y fortalecerá para eso el concepto de eje público de salud, que está compuesto por la Administración de los Servicios de Salud del Estado, el Banco de Previsión Social -su área de salud- el Hospital de Clínicas, la Dirección Nacional de Sanidad Policial, la Dirección Nacional de Sanidad de las Fuerzas Armadas y el Banco de Seguros del Estado. Por lo tanto, se hace necesario crear una Red Integrada de Efectores Públicos de Salud que coordine los diferentes servicios a intercambiar entre los distintos organismos de salud del Estado, procurando un máximo de accesibilidad, calidad y eficiencia e intentando evitar superposiciones o duplicaciones.

Según lo establecido en el literal B) del artículo 4º de la propia ley de descentralización de ASSE y por la Ley Nº 18.211, se asigna a ASSE el ejercicio de la coordinación con los demás Organismos del Estado que prestan los servicios de salud. Lo que se pretende es crear formalmente la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud para efectivizar esos mecanismos de coordinación dentro de todo el eje público de salud.

SEÑOR ABREU.- ¿Qué quiere decir efector? Es la primera vez que escucho esta palabra.

SEÑOR BUCHINO.- Significa prestador de salud.

SEÑORA PRESIDENTA.- Es la primera vez que sé algo que el señor Senador Abreu no sabe.

(Hilaridad)

SEÑORA GREYF.- El artículo 729 refiere a la partida complementaria para la compra del Hospital Español. La Ley Nº 18.082 que facultó la adquisición de los bienes de la asociación civil Sociedad Hospital Sanatorio Español, estableció un precio de algo más de $ 44:000.000. La diferencia, de $ 10:500.000 se fundamenta en la dificultad que había en ese momento de prever el costo total debido a la situación judicial particular en que se encontraba el Hospital.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos mucho la comparecencia de las autoridades de ASSE y el esfuerzo realizado en esta presentación.

No habiendo más asuntos, se levanta la sesión.

(Es la hora 21 y 40 minutos.)